

# Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens

7 00 8 00 9 00 10 00 11 00 12 00



00 2 00 3 00 4 00

Ministério da Justiça



**CORDE** - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência







Sistematização dos estudos realizados em 21 cidades brasileiras, com a Metodologia de Entrevistas Domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde-OPS

Niterói, RJ 2004

Sistematização e Análise dos Dados  
**Ângela Teixeira**  
**Fátima Oliveira**

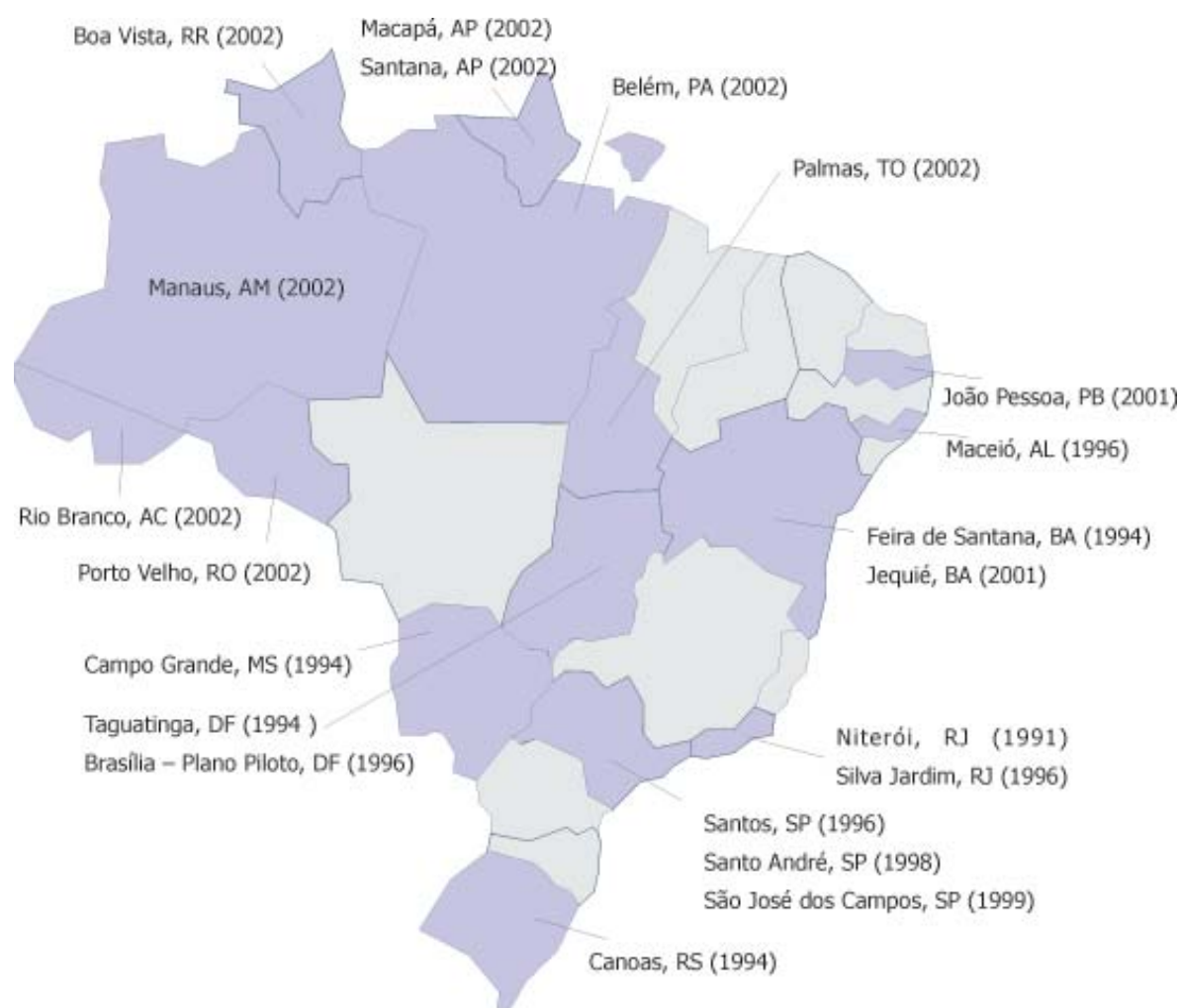
Ministério da Justiça



**CORDE** - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência



## As cidades estudadas, por ordem do ano de realização da pesquisa



<b>Apresentação</b>	7
<b>Introdução</b>	9
<b>Dados sobre deficiências no Brasil: Uma breve abordagem</b>	10
<b>Os estudos de prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens no Brasil</b>	18
A metodologia para determinação de prevalência de incapacidades: O manual de entrevistas domiciliares – OMS/OPS	
Antecedentes	
Objetivos	
Conceitos básicos	
A delimitação da amostra	
Os procedimentos de coleta de dados	
<b>Perfil das cidades estudadas</b>	22
<b>Os resultados - análises comparativas</b>	35
Características básicas da amostra domiciliar	
A realização dos estudos	
Resultados dos estudos	
<b>Prognóstico e necessidades de atenção</b>	47
Perfil dos Suspeitos de Incapacidades nas cidades estudadas	
<b>Comentários finais</b>	50
<b>Referências bibliográficas</b>	53

# Índice de tabelas

Tabela 1 - Principais características das cidades pesquisadas _____	26
Tabela 2 - Densidade demográfica nas cidades estudadas _____	28
Tabela 3 - Taxa de urbanização das cidades estudadas _____	28
Tabela 4 - Dados de pobreza e renda nas cidades estudadas _____	30
Tabela 5 - Acesso a serviços básicos nas cidades estudadas _____	31
Tabela 6 - Taxa de mortalidade infantil nas cidades estudadas _____	31
Tabela 7 - Taxa de longevidade nas cidades estudadas _____	32
Tabela 8 - Taxas de analfabetismo nas cidades estudadas _____	33
Tabela 9 - Média de anos de estudo na população das cidades estudadas _____	33
Tabela 10 - Características das amostras domiciliares nas cidades estudadas _____	37
Tabela 11 - Domicílios estudados quanto ao acesso a serviços públicos _____	38
Tabela 12 - Detecção de suspeitos de incapacidades _____	40
Tabela 13 - Taxas de prevalência de incapacidades _____	41
Tabela 14 - Taxas de prevalência de deficiências por tipo _____	43
Tabela 15 - Prevalência de incapacidades por tipo _____	44
Tabela 16 - Taxas de prevalência de desvantagens por tipos _____	46
Tabela 17 - Avaliação prognóstica nas cidades estudadas _____	47

## Uma simples questão de querer

Este trabalho não é um trabalho incomum. Longe disso. Mas é revestido de importância no campo das estatísticas envolvendo a prevalência de deficiências físicas na população brasileira.

Apesar de ter sido realizado até o momento em *apenas* 21 cidades dos mais de cinco mil municípios brasileiros, o relatório do Estudo Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, sistematizado com a Metodologia de Entrevistas Domiliares da Organização Pan-americana de Saúde – OPS, é uma aproximação essencial da realidade brasileira.

O primeiro Estudo foi realizado em 1993, em Niterói, por obra da Prof<sup>a</sup>. Dra. Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior, amiga, companheira e parceira de lutas comuns. Foi ela a precursora que trouxe para o Brasil, pela primeira vez, a metodologia da OPS e, para nosso orgulho, elegeu a AFR para, com o apoio do Ministério da Saúde, compartilhar a iniciativa pioneira.

Atenta à importância desses estudos, a CORDE, atuando junto ao IBGE na elaboração de questões sobre a pessoa com deficiência no Censo 2000, consultou a experiência da equipe que atuou na primeira pesquisa citada.

Esta obra traz uma análise do conhecimento sobre a população com deficiências no Brasil, enfatizando-se o avanço ocorrido nos anos mais recentes. Traz ainda: a metodologia proposta pela OPS adotada no Brasil, como ação anterior à organização dos serviços de Reabilitação; um perfil das cidades estudadas estabelecendo as diferenças e convergências entre elas; as potencialidades e limites da metodologia e dos estudos em função de sua aplicação no planejamento e políticas voltadas para a população com deficiências.

É um trabalho que representa mais do que uma análise detalhada das pesquisas até hoje realizadas sobre os portadores de déficit e suas condições de vida e inserção social. Ele é um conjunto bastante contextual de dados que trazem informações sobre uma população ainda muito marginalizada e desnuda para o leitor o que é o desafio de conhecer a realidade epidemiológica das deficiências no Brasil.

A Associação Fluminense de Reabilitação, desde 1958, luta para que a Reabilitação seja reconhecida e respeitada em nosso país. O que vemos nesse trabalho é a confirmação de que entre a prevalência de incapacidades e o grau de desenvolvimento social, nível de renda e pobreza existe uma relação clara demais para ficarmos calados.

As deficiências e as incapacidades atingem claramente as populações mais desfavorecidas socialmente, sem que se possa determinar com segurança se elas são causa ou consequência de uma situação de desvantagem e exclusão. Em qualquer uma das cidades estudadas, independente das características e nível de desenvolvimento este importante dado está comprovado.

A missão de lutar pelo atendimento às pessoas com deficiência tem, por fim, neste trabalho, uma verdadeira arma para mostrar que as soluções existem e dependem muito mais de vontade política do que de recursos materiais. É uma simples questão de querer, precisar e fazer, dando eco e crédito às imensas possibilidades de solução dos nossos eternamente graves problemas sociais.

Lisaura Ruas  
Presidente da Associação Fluminense de Reabilitação  
Março de 2004

# Conhecimento e Intervenção na Realidade

O grau de mobilização de setores interessados nas questões dos direitos da população com deficiências, a partir dos anos 80, no Brasil, colocou na pauta dos governos a necessidade de formulação e implementação de políticas públicas voltadas para essa população.

Até então, a atenção às necessidades educacionais, de assistência social e de saúde dessa população, era praticamente restrita a entidades filantrópicas e marcadas por filosofia e práticas assistencialistas. Na área da Saúde, particularmente a partir dos anos 90, há uma mudança de foco, inclusive com a participação das entidades sem fins lucrativos no sentido da profissionalização da assistência, do estabelecimento de parcerias entre os diferentes atores e setores sociais e da construção de um novo paradigma, com base na efetividade das ações e na responsabilidade social.

A Constituição Federal de 1988 garante de forma inequívoca os direitos fundamentais da população com deficiências, abrindo caminho para a regulação, formulação e implementação de políticas voltadas para essa população. Em 1991 o Ministério da Saúde, como gestor federal do Sistema Único de Saúde – SUS, assume a

responsabilidade pela regulamentação, implantação e promoção da assistência à saúde, iniciando um trabalho de articulação com os vários setores interessados e instâncias de governo, no sentido da inclusão de ações de atenção à saúde da população com deficiências no SUS.

Dentre as muitas iniciativas que se faziam necessárias para a concretização das políticas de saúde das pessoas com deficiências, uma se colocava como urgente e fundamental: prover os gestores locais de saúde de um instrumento que lhes proporcionasse o conhecimento da situação das deficiências na sua área de abrangência, de modo a utilizar esse conhecimento para planejar ações voltadas para o atendimento das necessidades dessa população, na perspectiva da organização dos serviços de saúde.

Esse desafio já vinha sendo colocado pela Organização Pan-americana de Saúde – OPS, quando da elaboração de uma Metodologia para



# Introdução



Determinação de Prevalência de Incapacidades, específica para países em desenvolvimento.

A partir daí, com a realização do estudo pioneiro em Niterói, em 1993, reunindo esforços da OPS, Ministério da Saúde, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiências - CORDE e Associação Fluminense de Reabilitação - AFR, como entidade executora, o Brasil vive a experiência de realização de estudos semelhantes em mais 20 cidades, a qual está sistematizada e analisada neste trabalho. Torna-se importante mencionar que, pela sua própria natureza, estudos deste tipo pressupõem a articulação e ação conjunta de diferentes atores sociais.

O objetivo principal do presente trabalho é sistematizar e analisar os estudos de prevalência de incapacidades realizados no Brasil, no período 1993-2003, com a metodologia proposta pela OPS, registrando e divulgando a sua im-

portância em termos de aprendizagem para as instituições envolvidas, e tornar público os seus resultados. A idéia é enfatizar a contribuição de estudos dessa natureza para o conhecimento da realidade e como instrumento auxiliar para a intervenção na realidade, mediante a utilização dos resultados no planejamento, execução e avaliação de políticas, programas e projetos voltados para a população com deficiências.

Para execução do presente trabalho procurou-se organizar um modelo de análise, estabelecendo categorias e indicadores que pudessem orientar a sistematização e análise das experiências, a partir dos dados disponíveis nos relatórios dos estudos nas respectivas cidades.

**Ângela Teixeira**  
**Fátima Oliveira**

# Dados sobre deficiências no Brasil: Uma breve abordagem

Até a última década do Século XX o Brasil ressentia-se da inexistência de dados oficiais sobre a população com deficiência. Até então, as políticas públicas voltadas para essa população tomavam como referência estimativa da Organização Mundial da Saúde – OMS, segundo a qual 10% da população de um país, em tempos de paz, é portadora de algum tipo de deficiência.

A Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, traz a obrigatoriedade da inclusão de questões específicas sobre a população portadora de deficiências nos censos nacionais, como condição essencial para o conhecimento da realidade brasileira e indispensável para sustentar a definição de políticas públicas coerentes com a necessidade e particularidades do País.

Atendendo ao que preconiza a Lei, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, incluiu, pela primeira vez, no Censo Demográfico de 1991, questões referentes a essa população, atestando a presença de 2.198.988 deficientes numa população total de 146.815.750 habitantes, o que representa 1,49% de deficientes (JANNUZZI e JANNUZZI, 1994).

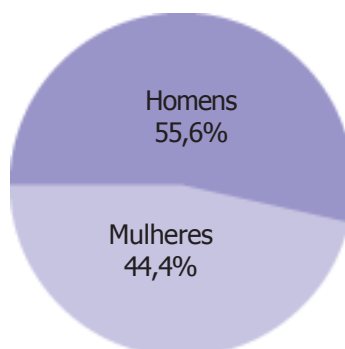
Tomando-se como referência a estimativa da OPS, anteriormente citada, o percentual de pessoas portadoras de deficiências encontradas pelo Censo Demográfico de 1991, no Brasil, é extremamente baixo. JANNUZZI e JANNUZZI (1994) encontram na metodologia utili-

zada algumas razões que podem explicar o baixo percentual de deficientes encontrados em relação à população em geral, quais sejam: a definição de fração amostral distinta – 10% para municípios com população superior a 15.000 habitantes e 20% para os demais municípios; o conceito de deficiências adotado pelo IBGE, o qual engloba apenas os grandes lesados e os que tenham passado por algum tipo de diagnóstico (clínico, pedagógico etc.); o provável ocultamento por parte dos informantes, fruto do preconceito que envolve a questão das deficiências, no Brasil; e as dificuldades do pesquisador em identificar deficiências são alguns dos fatores que, na visão desses autores, tiveram um impacto decisivo na qualidade dos dados

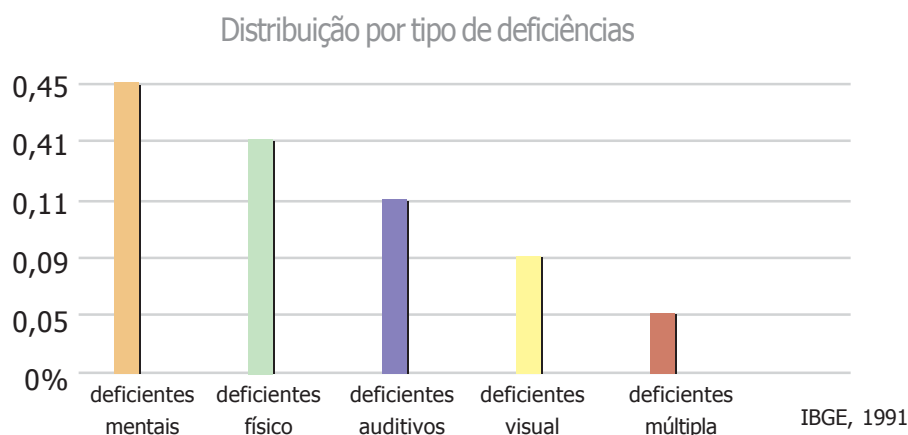
levantados. Isso pode explicar, também, o alto percentual de respostas registradas no item “sem declaração” – 0,36%, encontrado no mesmo Censo.

Quanto à distribuição por tipo de deficiências, os dados levantados em 1991 apontam a presença de: 0,45% deficien-

População com deficiências por sexo



IBGE, 1991



tes mentais; 0,41% de deficientes físicos; 0,11% de deficientes auditivos; 0,09% de deficiência visual; 0,05% de deficiência múltipla. Com relação ao gênero, a população com deficiências distribuiu-se da seguinte forma: 44,4% do sexo feminino e 55,6% do sexo masculino. (IBGE, 1991).

Ao longo da última década do Século XX, o IBGE trabalhou no sentido de superar as dificuldades conceituais – metodológicas relativas à produção de dados sobre deficiências, buscando uma aproximação com a realidade. Contando com a assessoria técnica da Coordenadoria Nacional para a Integração das Pessoas com Deficiências – CORDE, desde a fase de planejamento, o Censo Demográfico de 2000 adotou um conceito ampliado de deficiências, que inclui a percepção que as pessoas pesquisadas têm em relação às alterações provocadas pela deficiência na sua capacidade de realização, comportamento e participação social. Este conceito é compatível com a *International Classification of Functioning, Disability and Health*, divulgada em 2001 pela Organização Mundial de Saúde, cuja utilização é recomendada pelas Nações Unidas como marco teórico, assim como a adoção de seus conceitos e terminologias, como forma

de garantir a comparabilidade internacional das estatísticas (IBGE, 2003).

Seguindo essas orientações, as questões relativas ao levantamento de dados sobre a população com deficiências, adotadas pelo questionário de coleta de dados do Censo 2000, privilegiam as incapacidades como ponto de partida para a identificação das deficiências e do grau de comprometimento das condições físicas e mentais das pessoas pesquisadas. (SICORDE, 2002).

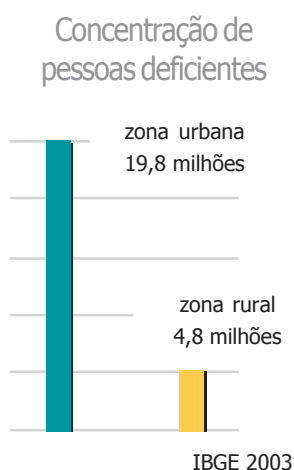
Coerente com essa nova orientação conceitual - metodológica, o Censo Demográfico 2000 pesquisou, na população amostral, a presença de pessoas com as seguintes deficiências: deficiência mental permanente; deficiência física permanente (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, falta de membro ou parte dele; e as deficiências visual, motora e auditiva, de acordo com o grau de incapacidade produzida ou limitação funcional (IBGE, 2003).

A metodologia empregada no Censo 2000 possibilita dar maior precisão à mensuração e caracterização do universo das pessoas com deficiências no Brasil, inclusive no que se refere ao perfil desse grupo populacional, em termos de renda e ocupação, cor ou raça e escolaridade.



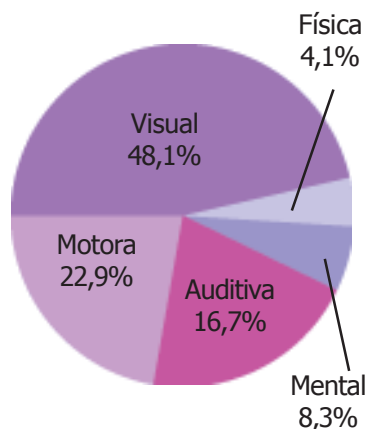
Os resultados do Censo Demográfico 2000 refletem essa nova abordagem no tratamento da questão da população com deficiências. Declararam-se como portadoras de algum tipo de deficiência um total de 24,5 milhões de pessoas, o equivalente a 14,5% da população brasileira. O maior percentual se encontra na Região Nordeste (16,8%) e o menor na Região Sudeste (13,1). As Regiões Norte, Sul e Centro – Oeste têm, respectivamente, 14,7%, 14,35 e 13,9% de pessoas com algum tipo de deficiência na população total.

A maior concentração de pessoas que se declararam com deficiências estava nas zonas urbanas – 19,8 milhões contra 4,8 milhões nas zonas rurais. Nos estados mais populosos foi encontrada a maior concentração de pessoas com deficiências, em números absolutos: São Paulo – 4.203.632; Minas Gerais – 2.667.709; Rio de Janeiro – 2.131.762; Bahia – 2.046.326; Rio Grande do Sul – 1.535.587; e, Ceará – 1.288.797. Os estados com menor concentração de deficientes, em termos absolutos são: Roraima – 40.555; Amapá – 63.355; Acre – 78.844 (IBGE, 2003).



Analisando-se em termos relativos, os estados que apresentam maior percentual de deficientes com relação à população total são: Paraíba (18,7%); Rio Grande do Norte (17,6%) e Piauí (17,6%); Pernambuco (17,4%) e Ceará (7,3%). Todos localizados na Região Nordeste. As menores taxas foram encontradas nos Estados de São Paulo (11,3%); Roraima (12,5%); Amapá (13,2%); Paraná (13,5%); e Distrito Federal (13,4%) (IBGE, 2003).

Pessoas com deficiências no Brasil



Do total de 24,5 milhões de pessoas com deficiências no Brasil, 48,1% são portadores de deficiência visual; 22,9% de deficiência motora; 16,7% de deficiência auditiva; 8,3% de deficiência mental e 4,1% de deficiência física.

O alto índice de deficiência visual pode ser explicado pela combinação de dois fatores: o envelhecimento populacional e a própria ampliação do conceito de deficiência visual, que não se restringe apenas a cegueira (incapacidade de enxergar), incluindo, também, grande ou alguma dificuldade permanente de enxergar. Esse dado reflete, também, a dificuldade de acesso da população ao sistema de saúde pública, principalmente no que diz respeito a serviços ambulatoriais especializados ou mesmo a aquisição de óculos.

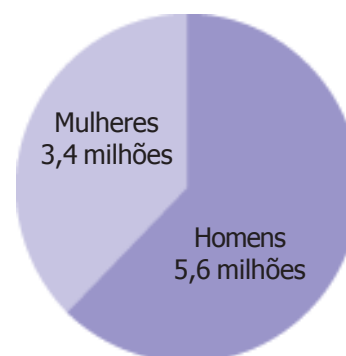
Considerando-se a incidência das deficiências por gênero, os resultados do Censo revelam a predominância de deficiências entre as mulheres - 13.179.712, em número absolutos, em contrapartida a 11.420.544 homens. Observou-se que no sexo masculino predominam as deficiências mentais, físicas e auditivas, o que é com-

patível com o tipo de atividades laborais exercidas pelos homens e ao grau de exposição desse sexo ao risco

de acidentes de diversas causas, inclusive a violência. No sexo feminino predominam as deficiências motoras e visuais o que é coerente com a composição por sexo da população idosa, onde predominam as mulheres nas faixas etárias de 60 anos ou mais (SICORDE, 2002).

Dos nove milhões de portadores de deficiências que trabalhavam, 5,6 eram homens e 3,4 eram mulheres. Mais da metade – 4,9 milhões – ganhava até dois salários mínimos das pessoas com deficiências que trabalham, atua no setor de serviços: 31,5% (IBGE, 2003).

Portadores de deficiências que trabalhavam (milhões)



IBGE, 2003

O Censo Demográfico 2000 revela que a taxa de alfabetização das pessoas de 15 anos ou mais, na população em geral, era de 87,1%; já entre as pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas era de 72,0%. Do total de pessoas com 15 anos ou mais de idade sem instrução, ou com até três anos de estudo, 32,9% tinham de algum tipo de deficiência. Quanto maior o número de anos de estudo, menor a proporção de pessoas com deficiência em relação à população não deficiente ou seja, enquanto no grupo com menos instrução, uma entre três pessoas era portadora de deficiência, entre os que concluíram pelo menos o Ensino Fundamental, somente uma em cada dez possuía alguma deficiência (IBGE, 2003).

No Brasil, o acesso à escola para a população na faixa etária de 7 a 14 anos estava praticamente universalizado no ano 2000. A taxa de escolarização das pessoas com deficiência nessa mesma faixa etária era de 88,6% caindo para

74,9% no caso de deficiências severas e para 61,0% no caso de deficiências físicas permanentes (IBGE, 2003).

Esses são alguns dos dados disponíveis hoje no Brasil sobre deficiências, resultado da inclusão de questões específicas sobre essa população no Censo Demográfico, realizado pelo IBGE em 2000. Torna-se importante ressaltar que a análise desses dados não é o foco deste trabalho. A opção por apresentá-los, ainda que de forma sucinta, tem o sentido de registrar o avanço ocorrido no Brasil, na última década, no que se refere ao (re) conhecimento dessa parcela da população e a importância desses dados para apoiar o planejamento de políticas públicas.

Outra iniciativa importante no sentido da produção de conhecimento sobre a população com deficiências no Brasil é o estudo intitulado "Retratos da Deficiência no Brasil",<sup>1</sup> publicado em 2003. O objetivo deste trabalho





é “elaborar um mapa de conhecimento sobre o universo das pessoas portadoras de deficiências (PPDs), de forma a subsidiar políticas e ações dos setores público, privado e da sociedade civil” (NERI et al., 2003 p.1).

Mediante o processamento e consolidação de informações estatísticas de diversos órgãos públicos entre eles: IBGE, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Educação e Ministério da Saúde, o estudo busca revelar quantos são, quem são, onde estão as pessoas com deficiências; o que fazem, onde estudam, os benefícios sociais aos quais tem acesso; quais e quão são efetivas as políticas públicas que visam a inserção social dessas pessoas,

nas áreas de saúde, educação, emprego, transferência de renda e acessibilidade.

O traço inovador do *Retrato das Deficiências no Brasil* está em adotar um marco referencial que toma como pressuposta que a deficiência como uma característica adquirida. Assim sendo, toda pessoa é passível de adquirir algum tipo de deficiência ao longo da sua vida. (NERI et al., op. cit.). Esse pressuposto traz para o centro da produção do conhecimento sobre deficiências no Brasil a discussão sobre diversidade, preconceito, desigualdade social, pobreza e cidadania, bem como a análise do alcance efetivo das políticas sociais voltadas para essa população e das políticas sociais universais.

<sup>1</sup> Realizado pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas, integrando o Programa Diversidade, da Fundação Banco do Brasil.

Em que pese esses avanços, o Brasil, a exemplo de outros países latino americano, ainda se ressentente da falta de informações específicas que possam sustentar e orientar o planejamento e a execução de programas e ações de saúde, dirigidas à realidades específicas, voltadas para a prevenção de deficiências e para a promoção à saúde, assistência e reabilitação das pessoas com deficiências, dirigidos a realidades específicas.

A aplicação de métodos epidemiológicos no levantamento e análise da situação de saúde da população com deficiências e no planejamento e desenvolvimento de serviços de reabilitação é indicada pela OPS (1990), como essencial para a formulação e implementação de políticas públicas, para o desenvolvimento de programas e para organização de serviços que alcancem uma cobertura efetiva para essa população.

Em 1990, a OPS divulga o documento *Determinación de Prevalencia de Discapacidades*<sup>2</sup>, o qual propõe uma metodologia<sup>3</sup> para realização de estudos de prevalência de deficiências, de base amostral, em países da América Latina e Caribe, como uma estratégia de suprir a inexistência de dados sobre deficiências nos países da Região, como condição fundamental para apoiar a formulação e a imple-

mentação de políticas, programas e projetos voltados para essa população.

No Brasil, com o apoio do Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências, criada em 1991, inicia-se um movimento de difusão da metodologia proposta pela OPS, vinculada à implantação e implementação de ações de atenção à população com deficiências na rede de serviços do Sistema Único de Saúde - SUS. Vale ressaltar que o primeiro estudo realizado no Brasil, na cidade de Niterói<sup>4</sup>, integrou o projeto-piloto, coordenado pela OPS, para teste da metodologia. Desde então, já foram realizados estudos em 21 cidades brasileiras.

Assim, em que pese o pequeno número de cidades estudadas, com relação ao total de municípios brasileiros, essas experiências ganham importância pelo ineditismo, pela aprendizagem que proporciona aos envolvidos nos diversos níveis e instâncias do processo, em cada local e, sobretudo, pela contribuição para a superação de uma característica ainda muito presente quando se trata do enfrentamento dos problemas sociais no Brasil: o desconhecimento dos fatores e variáveis locais, a transposição de soluções, sem a devida avaliação e a falta de cultura de planejamento, no nível local.

---

<sup>2</sup> Em português: Determinação de Prevalência de Incapacidades.

<sup>3</sup> A metodologia está apresentada no *Manual de Encuestas Domiciliares* (Manual de Entrevistas Domiciliares), que contém as orientações para realização dos estudos para determinação de prevalência.

<sup>4</sup> O estudo em Niterói envolveu uma parceria entre a OPS, Ministério da Saúde e a Associação Fluminense de Reabilitação.

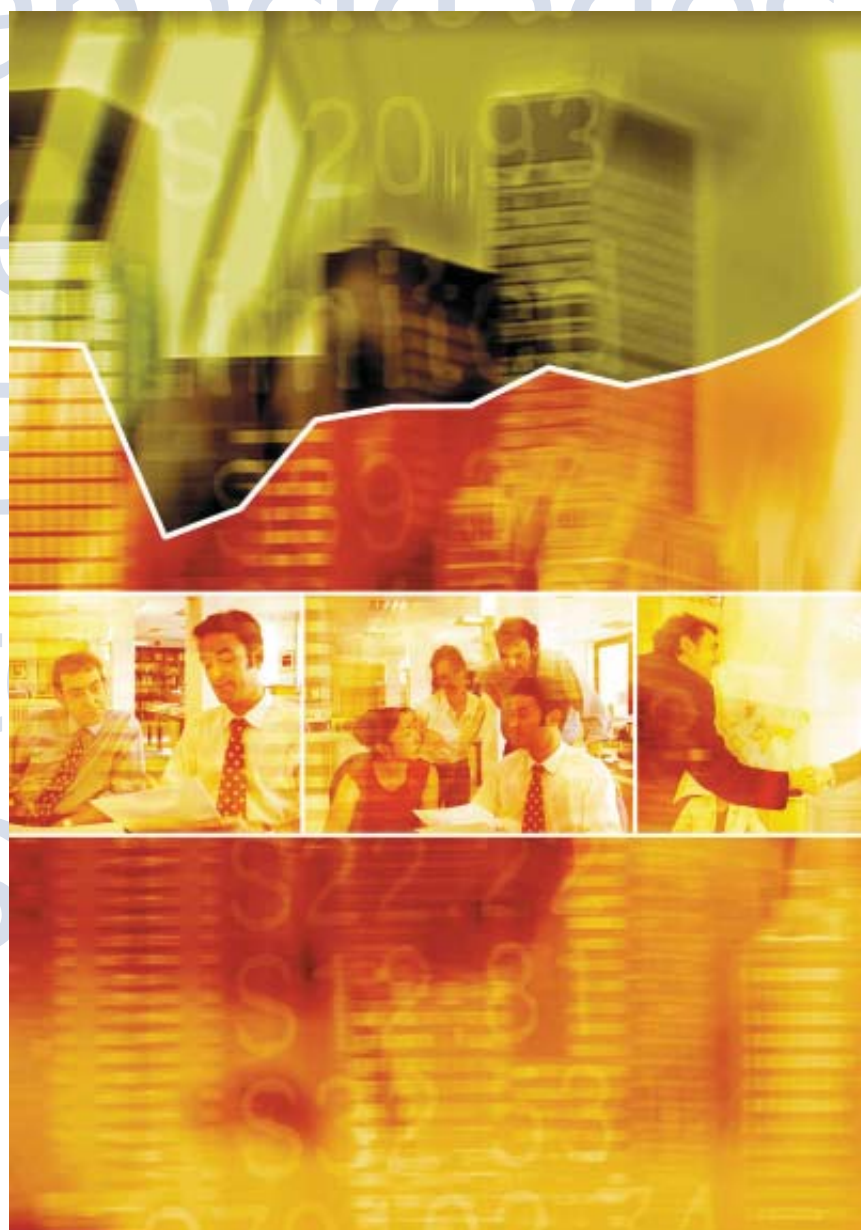


# Os estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e De

## no E

### met

#### OPS



# Os estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens no Brasil com a metodologia da OPS

Conforme anteriormente mencionado, no período 1991-2002 foram realizados estudos de prevalência de incapacidades, utilizando a metodologia proposta pela OPS, em 21 cidades brasileiras, com o apoio técnico, institucional e/ou financeiro do Ministério da Saúde, envolvendo parcerias com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Secretarias de Ação Social, ONGs, instituições filantrópicas e Universidades.

As cidades estudadas, por ordem do ano de realização da pesquisa foram as seguintes: Niterói (1993), Canoas (1994), Campo Grande (1994), Feira de Santana (1994), Taguatinga (1994), Silva Jardim (1996), Santos (1996), Maceió (1996), Brasília – Plano Piloto (1996), Santo André (1998), São José dos Campos (1999), Jequié (2001), João Pessoa (2001), Belém (2002), Manaus (2002), Palmas (2002), Porto Velho (2002), Rio Branco (2002), Boa Vista (2000), Macapá (2002) e Santana (2002).

Os dados produzidos por esses estudos, em que pese o seu caráter localizado, agregam informações importantes para o conhecimento da situação das pessoas com deficiências no Brasil, especialmente no que se refere às condições de saúde, assim como, revela a efetividade das políticas de saúde voltadas para essa população, que se concretizam na qualidade do atendimento prestado ao cidadão nos serviços de saúde.

A contribuição desses estudos para o conhe-

cimento das deficiências no Brasil está em produzir informações e dados para subsidiar os gestores locais na elaboração e implementação de projetos, programas e ações de prevenção, atenção integral à saúde e reabilitação das pessoas com deficiências, dentro da sua área de abrangência, possibilitando e reforçando a vinculação entre os estudos dessa natureza e a organização de serviços de saúde e reabilitação.

## A Metodologia para determinação de prevalência de incapacidades: O Manual de entrevistas domiciliares – OMS/OPS

### Antecedentes

Pesquisas realizadas em países em desenvolvimento, no período de 1961 -1975 constataram a carência de dados estatísticos sobre deficiência e a inexistência de dados epidemiológicos para identificação de causas e prevalência de incapacidades, que pudessem sustentar o planejamento e a organização de serviços de reabilitação, nesses países.

Constataram, também, que os serviços de reabilitação eram quase inexistentes ou inadequados e que não havia um planejamento apropriado da oferta. A cobertura estava abaixo do necessário e a tecnologia assistiva de reabilitação,



importada dos países desenvolvidos não alcançava sucesso nos países pesquisados.

Analisando os resultados dessas pesquisas o Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde - OMS recomendou as seguintes ações, como forma de reverter a situação:

- promoção de medidas eficazes de prevenção
- aplicação de técnicas apropriadas para a prevenção e assistência ao portador de deficiências em todos os níveis do sistema de saúde
- priorização dos problemas que podem ser resolvidos de maneira mais práticas e eficazes
- incorporação de conteúdos sobre prevenção e reabilitação nos programas de capacitação do pessoal de saúde
- utilização de dados epidemiológicos para planejamento das ações de saúde
- adoção de princípios e procedimentos da reabilitação com base na comunidade

Como uma tentativa de suprir a inexistência e/ou precariedade dos dados para subsidiar o planejamento da atenção à saúde e reabilitação, a OMS/OPS reuniu um grupo de especialistas que elaborou uma metodologia para reali-

zação de estudos de prevalência de incapacidades de base amostral, que pudesse vir a ser utilizados pelos países em desenvolvimento, cujos resultados permitissem um mapeamento das deficiências, suas causas e conseqüências, em áreas circunscritas à cidades de pequeno e médio portes, com até 600 mil habitantes, bairros, distritos sanitários e regionais de saúde, envolvendo pessoas diretamente responsáveis pelo provimento dos serviços de saúde, de modo a assegurar a vinculação entre o estudo e a efetiva utilização dos seus resultados.

Os pressupostos que orientam a metodologia proposta pela OMS/OPS, apresentada no Manual de Entrevistas Domiciliares, podem ser assim resumidos:

- Abordagem conceitual que enfatiza as incapacidades como conseqüência das deficiências, que pode ser maximizada ou minimizada, a depender das limitações e barreiras sociais impostas pela sociedade às pessoas com deficiência.
- A compreensão da deficiência como um fenômeno multidimensional que envolve fatores biológicos e sociais. A sua abordagem deve ser

multidisciplinar, no sentido de que as políticas, projetos e programas devem envolver as áreas de saúde, educação, geração de renda, assistência social e direitos sociais e políticos.

- Vinculação essencial entre a produção de informações e dados epidemiológicos sobre deficiências e o planejamento, execução e avaliação dos serviços de atenção à saúde e reabilitação.
- Envolvimento dos gestores locais de saúde com a produção de informações sobre a realidade das deficiências nas suas áreas de abrangência e a aplicação dessas informações na gestão dos serviços, com vistas a adequação do atendimento às necessidades da população.

## Objetivos

### A metodologia tem como objetivos:

- Detectar, a partir de uma amostra representativa da área estudada, com um bom grau de sensibilidade e especificidade, a prevalência de incapacidades, seus diferentes tipos, e gravidade e os fatores sócio-econômicos condicionantes.
- Detectar a necessidade e disponibilidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência, na área estudada.
- Produzir dados e indicadores que subsidiem o planejamento, a execução e a avaliação dos programas, projetos e a organização de serviços, voltados para a população portadora de deficiências, na área estudada.

## Conceitos básicos

Os conceitos de deficiências, incapacidades e desvantagem adotados pelo Manual de Entrevistas Domiciliares, estão definidos na “*Classificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*” (CIDDM), produzido e publicado pela

OMS, em 1980, que faz a seguinte distinção:

**Deficiência** é a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.

**Incapacidade** é toda restrição ou ausência (devida a uma deficiência) da capacidade para realizar uma atividade considerada dentro dos limites da pessoa humana.

**Desvantagem** é uma situação desvantajosa para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou incapacidade que o limita ou impede o desempenho em um rol considerado normal em função da idade, sexo, fatores sociais e culturais.

Esta classificação estabelece uma progressão que relaciona a deficiência à incapacidade e esta à desvantagem. A importância desses conceitos está em abordar as incapacidades como fenômenos condicionados e condicionantes, influenciados por fatores de ordem social.

A adoção desses conceitos busca garantir um bom grau de confiabilidade e comparabilidade aos dados, de modo que seja possível cotejá-los com os de outras localidades, nas quais foram utilizadas a mesma metodologia, desde que sejam consideradas as características específicas de cada realidade.

## A delimitação da amostra

A delimitação da amostra se faz por meio de procedimentos estatísticos, propostos no Manual de Entrevistas Domiciliares, levando-se em conta o número de habitantes na área estudada; a divisão da área por setores; a densidade demográfica por setores; o número médio de habitantes por domicílios; o cálculo do erro tolerável. Determinada o tamanho da amostra, o próximo passo é distribuí-la pelos setores de for-

ma proporcional à densidade demográfica por setores; e a determinação dos domicílios, utilizando como procedimento o sorteio. Nesse processo é importante o acesso a dados estatísticos populacionais e demográficos da área estudada.

## Os procedimentos de coleta de dados

A metodologia propõe três etapas interdependentes de coleta de dados:

A primeira se constitui de um levantamento de dados em fontes secundárias que permitam a caracterização e o diagnóstico do local onde será realizada a pesquisa, em termos demográficos, econômicos e sociais. Nesta etapa deve-se dar destaque ao levantamento de dados nas áreas de saúde e de reabilitação, descrevendo-se a organização dos serviços locais de saúde e a capacidade em termos de atendimento.

A segunda consiste na aplicação de um questionário nos domicílios da amostra de modo a detectar a presença de pessoas que apresentem “suspeitas de incapacidades.” Este questionário toma como unidade de análise a família e consta de questões relacionadas às características sócio-econômicas da família e às condições de saúde e a presença de doenças, agravos ou deficiências.

A terceira etapa consiste de um exame de validação, realizado por profissionais da área de Reabilitação, nas pessoas que foram detectadas como “suspeitas de incapacidades” na etapa anterior de coleta de dados. Este exame é orientado por um protocolo elaborado com base no CIDIDM. Tem como objetivo confirmar ou não a presença de deficiências e estabelecer as incapacidades e desvantagens decorrentes, bem

como a gravidade, os prognósticos e os níveis de necessidade de atenção. Nesta etapa se faz uma caracterização sócio-econômica das pessoas que se submetem ao exame de validação e um levantamento da freqüência e efetividade dos atendimentos na área de saúde acessíveis ao examinado.

A equipe para realização da pesquisa se compõe de entrevistadores, validadores e supervisores devidamente treinados para a realização do estudo. Os entrevistadores devem ser, preferencialmente, pessoas com conhecimento do local e que tenham experiência em pesquisa e em trabalhos sociais. O ideal é que sejam pessoas com experiência na área de saúde. O perfil ideal para os supervisores é que sejam profissionais ligados à instituição promotora da pesquisa no local, de modo a facilitar a operacionalização da mesma e fortalecer a vinculação entre a pesquisa e os órgãos responsáveis pela implementação de políticas locais. Os validadores são profissionais da área de reabilitação – médicos fisiatras, clínicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, com experiência clínica.

O Manual prevê, também, a realização de testes de confiabilidade, durante as duas últimas etapas de coleta de dados de modo a preservar a validade dos resultados.





## Perfil das cidades estudadas

Neste item do trabalho pretende-se apresentar, em linhas gerais, algumas das características das cidades estudadas, de modo a dar inteligibilidade à sistematização e análise dos resultados. Não se pretende traçar um perfil exaustivo das cidades em foco, mas contextualizar a experiência de utilização da metodologia para Determinação de Prevalência de Incapacidades, proposta pela OPS, no Brasil, apresentando seus resultados e sua potencial contribuição para a implantação/implementação de ações de saúde e reabilitação no SUS, como uma das condições essenciais para a inclusão social da população com deficiências.

A escolha das cidades foi orientada, basicamente, pelos seguintes critérios: o interesse demonstrado pelos gestores locais, expresso pelo compromisso de apoiar a realização da pesquisa, criando as condições de infra-estrutura necessária para a fase de coleta de dados e de utilizar os resultados do estudo para orientar a criação de programas de saúde para a população com deficiências e organização de serviços de reabilitação; a presença de profissionais de reabilitação na rede local de saúde que pudessem atuar como supervisores e validadores na etapa de coleta de dados e, após a pesquisa, na implementação de ações e serviços de reabilitação.

O Ministério da Saúde, como gestor federal do Sistema Único de Saúde e articulador da Po-

lítica Nacional de Atenção à Pessoas com Deficiências, atuou indicando regiões ou áreas geográficas onde existe maior carência no que se refere ao conhecimento sobre a situação do portador de deficiências e que poderiam se beneficiar de um estudo dessa natureza. Nesse processo levou-se em consideração, também, cidades onde a atenção ao portador de deficiência era muito precária e havia a decisão dos gestores do sistema de saúde de implantar ou ampliar ações de atenção à saúde e reabilitação na rede de serviços do SUS, no curto/médio prazo.

Considerando as dimensões, a diversidade, as desigualdades regionais do País, as cidades estudadas formam um conjunto heterogêneo, em termos da suas origens históricas, localização, aspectos demográficos, sociais e econômicos, embora não se possa deixar de observar pontos em comum entre elas.

Torna-se importante lembrar que os estudos foram realizados em diferentes anos ao longo da década de 90 e início dos anos 2000. Assim sendo, os dados referentes às cidades variam em função dessa variável. Em outras palavras, os dados utilizados para traçar o perfil das cidades referem-se ao período em que foram realizados os estudos em cada uma delas, adotando-se como fonte de dados o IBGE. Para elaboração do perfil das cidades elegeram-se categorias de análise e indicadores, conforme apresentados no quadro a seguir:

## Características gerais das cidades estudadas

Categorias e indicadores utilizados para elaboração do perfil das cidades

<b>Categorias</b>	Aspectos históricos/geográficos	Aspectos demográficos e populacionais	Aspectos econômicos	Acesso à serviços básicos	Aspectos educacionais	Aspectos da saúde
	Ano de fundação	População total	Atividade econômica	Energia elétrica	Taxa de analfabetismo da população jovem e adulta	Taxa de mortalidade infantil
	Localização regional	Idade média da população	Renda per capita	Água tratada	Média de anos de estudo da população adulta	Expectativa de vida
<b>Indicadores</b>		Distribuição por sexo	Proporção de pobres na população	Coleta de lixo		
		Densidade demográfica				
		Taxa de urbanização				



## Aspectos históricos e geográficos

Os grupamentos populacionais que deram origem às cidades estudadas variam do início da colonização do Brasil até a segunda metade Século XX. As cidades com origem mais remota, como é o caso de Macapá (1544), Santos (1545), Niterói (1573) João Pessoa (1585), Belém (1616) e Manaus (1669), surgem em posições geograficamente estratégicas para a defesa do território e como entreposto comercial, no âmbito do projeto de exploração dos produtos da nova terra, que marca a colonização portuguesa.

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, o processo de interiorização e ocupação do território brasileiro, permite o surgimento de aglomerados populacionais que deram origem as cidades de Feira de Santana (1832), Silva Jardim (1841), Maceió (1815), Rio Branco (1882), Jequié (1897) e Campo Grande (1899).

Da primeira metade do século XX datam as cidades de Porto Velho (1907), Santo André (1938), Canoas (1939) Boa Vista (1934). Na segunda metade desse século são criadas Brasília (1960) – a capital do País - e Palmas, esta última em 1989, para ser a capital do recém criado Estado do Tocantins. Brasília e Palmas têm em comum o fato de serem as únicas cidades pla-

nejadas no universo das cidades pesquisadas. Ambas são cidades que nasceram no âmbito de um projeto de ocupação e desenvolvimento da Região Centro-Oeste, abrindo espaço para um novo ciclo migratório interno que caracteriza o povoamento dessas áreas, o que imprime características importantes para o perfil demográfico dessas localidades.

Do ponto de vista da sua localização geográfica, as cidades distribuem-se em todas as regiões brasileiras, com predominância na região Norte – 8 cidades, seguida pela região Nordeste - 5 cidades, Sudeste – 4 cidades, Centro-Oeste – 3 cidades. Na região Sul apenas 01 cidade foi pesquisada.

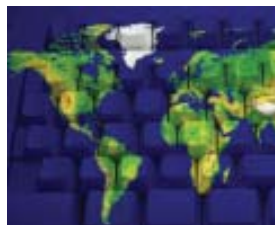


A predominância de cidades na Região Norte deve-se à realização de um estudo multicêntrico nas capitais dos estados dessa região, fruto de uma parceria do Ministério da Saúde com Secretarias Estaduais de Saúde. Este estudo multicêntrico surgiu como uma proposta diferenciada no sentido de iniciar-se a implantação de ações voltadas para a população portadora de deficiências nessa região, que segundo o Censo Demográfico 2000, é a segunda em deficiências no País em termos percentuais. Além das capitais dessa região realizou-se o estudo em Santana, cidade da região metropolitana de Macapá, no Amapá, por solicitação da Secretaria Estadual de Saúde, que pretendia implementar ações de saúde e reabilitação naquela cidade, como uma forma de descentralizar o atendimento à população com deficiências, na região metropolitana da capital.

Há uma leve concentração de cidades nos estados da Bahia e São Paulo. Na Bahia, depois do primeiro estudo realizado em Feira de Santana, com assessoria técnica do Ministério

da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde tomou a iniciativa de reproduzir os estudos em outras cidades, para as quais havia planos de organização de serviços de reabilitação, contando com apoio financeiro do Ministério da Saúde. Em São Paulo, o primeiro estudo foi realizado em Santos, incentivado pelo Ministério da Saúde. As duas outras cidades realizaram o estudo por iniciativa das respectivas Secretarias Municipais de Saúde, com recursos próprios.

A diversidade apontada anteriormente também se revela no porte das cidades. Têm-se cidades de médio porte, capitais de Unidades Federadas, a cidade sede do governo federal, e cidades de pequeno porte, sendo o caso mais típico Silva Jardim, próximo à na Região dos Lagos, no Estado do Rio de Janeiro, com população de apenas 19.027 habitantes, na época da realização do estudo.



**Tabela 1 - Principais características**

<b>Cidades</b>	<b>Estado</b>	<b>Região</b>	<b>Ano de realização do estudo</b>	<b>População</b>	<b>Atividade econômica</b>
Belém	PA	Norte	2002	1.280.614	Extração vegetal
Boa Vista	RR	Norte	2002	200.568	Extração e agricultura
Brasília	DF	Centro-Oeste	1996	243.460	Serviços
Campo Grande	MS	Centro-Oeste	1994	562.126	Agropecuária
Canoas	RS	Sul	1994	269.253	Indústria
Feira de Santana	BA	Nordeste	1994	406.477	Agropecuária
Jequié	BA	Nordeste	2001	170.745	Agropecuária
João Pessoa	PB	Nordeste	2001	169.799	Indústria e turismo
Macapá	AP	Norte	2002	283.308	Agricultura
Maceió	AL	Nordeste	1996	629.041	Indústria e turismo
Manaus	AM	Norte	2002	1.011.501	Extração e agricultura
Niterói	RJ	Sudeste	1993	416.123	Indústria e serviços
Palmas	TO	Norte	2002	137.355	Agropecuária
Porto Velho	RO	Norte	2002	334.661	Extrativismo e agropecuária
Rio Branco	AC	Norte	2002	253.059	Extrativismo e agricultura
Santo André	SP	Sudeste	1998	615.655	Indústria e Serviços
Santana	AP	Norte	2002	80.439	Extrativismo e agricultura
Santos	SP	Sudeste	1996	412.243	Serviços
S. J. Campos	SP	Sudeste	1999	505.029	Indústria
Silva Jardim	RJ	Sudeste	1996	19.027	Agropecuária
Taguatinga	DF	Centro-Oeste	1994	228.249	Serviços e Comércio

Fonte: IBGE, 1991 e 2002.

\* os dados de população referem-se ao ano em que foi realizado o estudo nas respectivas cidades.

## Aspectos populacionais e demográficos

Com relação ao número de habitantes as cidades pesquisadas apresentam um grau de heterogeneidade bastante significativo. Com população inferior a 100 mil habitantes têm-se apenas duas cidades – Silva Jardim (RJ) e Santana (AP), o que representa 9,5 % das cidades.

Acima de 100 até 500 mil habitantes estavam as cidades de Boa Vista (RR), Brasília (DF), Canoas (RS), Feira de Santana (BA), Taguatinga (DF) Jequié (BA), João Pessoa (PB), Macapá (AP), Niterói (RJ), Palmas (TO), Porto Velho (RO), Rio Branco (AC) e Santos (SP), o que representa cerca de 62% das cidades estudadas.

Acima de 500 mil estavam as cidades de Maceió, Santo André, São José dos Campos, Belém e Manaus, sendo que as duas últimas com população superior a um milhão de habitantes, equivalendo a 23,5%.

Nas cidades cuja população excedia a 650 mil habitantes, número considerado limite para aplicação da metodologia, o estudo foi realizado em uma região administrativa, reunindo bairros cuja população formava um contingente de aproximadamente 600 mil habitantes. Esse foi o caso de Belém e Manaus. A definição dessas regiões foi feita levando em conta o interesse dos gestores locais, geralmente por tratar-se de regiões muito carentes com populações em situação de risco social, onde havia a perspectiva de implantação de serviços ou programas de reabilitação.

As características demográficas dessa população, via de regra, repetem as características predominantes nas regiões onde se localizam, ou mesmo o perfil da população brasileira como um todo. Verifica-se uma predominância de pessoas do sexo feminino em todas as cidades; a distribuição das populações por faixa etária não desvia do padrão brasileiro, com predominância nas faixas etárias de 15 a 49 anos.

Os padrões de densidade demográfica nas cidades, via de regra, repetem os das regiões geográficas nas quais se inserem, sendo mais alta nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste e mais baixa nas regiões Norte e Centro-Oeste.

As cidades que apresentam densidade populacional superior a 1.000 hab./Km<sup>2</sup> se dividem de forma mais ou menos equitativa por todas as Regiões: nas Regiões Sul (01), Sudeste (03), Nordeste (02), Norte (01) e Centro-Oeste (01). As cidades localizadas nas Regiões Centro-Oeste e Norte, respectivamente, Taguatinga e Belém, que se incluem nesta categoria, destoam das demais nessas Regiões, que apresentam taxas de densidade muito baixas, conforme descrito na Tabela 2.

Das nove cidades com densidade demográfica inferior a 100 hab./Km<sup>2</sup>, seis estão localizadas na Região Norte, uma no Centro-Oeste, uma no Nordeste e uma no Sudeste. A cidade com densidade demográfica mais baixa é Porto Velho com 9,8 hab./Km<sup>2</sup>.

**Tabela 2 Densidade demográfica nas cidades estudadas**

Cidades Estudadas	Habitantes/Km2
Belém	1.196
Boa Vista	35,1
Brasília	350,9
Campo Grande	81,6
Canoas	2.331
Feira de Santana	359,2
Jequié	48,3
João Pessoa	2.822
Macapá	43,1
Maceió	1.554
Manaus	122,5
Niterói	3,478
Palmas	55,2
Porto Velho	9,8
Rio Branco	25,4
Santana	50,4
Santo André	3.701,2
Santos	1.487
São José dos Campos	488,9
Silva Jardim	22,6
Taguatinga	2.007,2

Fontes: IDH ; GDF . Os percentuais referem-se à época de realização do Estudo, nas respectivas cidades..

As cidades apresentavam altas taxas de urbanização, independente das regiões onde se encontram. A taxa de urbanização é igual ou superior a 90% em quinze das cidades. Apenas Silva Jardim, no estado do Rio de Janeiro, tinha

taxa de urbanização um pouco superior a 50% quando o estudo foi realizado.

Tomando em consideração que as populações das cidades concentram-se predominantemente na sede municipal, os estudos foram realizados nas zonas urbanas.

**Tabela 3 Taxa de urbanização das cidades estudadas**

Cidades Estudadas	Taxa de Urbanização
Belém	99,35
Boa Vista	98,27
Brasília	95,63
Campo Grande	98,59
Canoas	100,00
Feira de Santana	86,00
Jequié	88,52
João Pessoa	100,00
Macapá	95,52
Maceió	92,74
Manaus	99,36
Niterói	100,00
Palmas	81,79
Porto Velho	89,42
Rio Branco	89,42
Santana	94,28
Santo André	100,00
Santos	99,62
São José dos Campos	96,19
Silva Jardim	53,98
Taguatinga	98,27

Fonte: IDH ; GDF. Os dados referem-se à época que foi realizado os estudos, nas respectivas cidades.

## Contrastes Econômicos

A heterogeneidade quanto à atividade econômica predominante das cidades, também, é uma característica que merece destaque. As cidades localizadas na Região Sudeste se caracterizam por atividades econômicas no setor de indústria, agroindústria e serviços. As cidades litorâneas da Região Nordeste passam por processos de industrialização mais recentes, portanto, embora a atividade industrial apareça como atividade econômica em Maceió e João Pessoa. Nestas, o setor de serviços e turismo exerce papel importante. Nas cidades do interior da Bahia – Jequié e Feira de Santana – a principal atividade econômica é a agricultura e/ou pecuária. As cidades da Região Norte apresentam uma certa diversidade quanto a esse aspecto: Porto Velho e Palmas com forte atividade agropecuária. Manaus, assim como Belém, apresentam algum tipo de atividade industrial. O extrativismo é uma atividade importante nessa região. É importante ressaltar que nas cidades da Região Norte, o setor público responde por uma parcela considerável dos empregos, principalmente nas capitais dos ex-territórios: Macapá, Rio Branco, Boa Vista e Porto Velho.

Das cidades estudadas, 72,8% apresentavam renda per capita média, igual ou superior ao salário mínimo, na época da realização do estudo. As taxas de proporção de pobres na população variam de 5,2 %, em Santos, a 60,7% em Silva Jardim. Ambas localizadas na Região Sudeste, o que dá uma amostra da diversidade entre as cidades e das desigualdades, inclusive intra-regionais.

As cinco cidades com maior renda per capita estavam situadas na região Sudeste – Niterói,



Santos, Santo André, São José dos Campos, e na Região Centro-Oeste – Brasília e Taguatinga. Estas são as que também apresentavam menor proporção de pobres na população.

As cidades com renda per capita inferior ou igual ao salário mínimo estão situadas na região Nordeste, duas delas no interior da Bahia – Jequié e Feira de Santana; uma no interior do Rio de Janeiro – Silva Jardim; e uma na Região Norte – Santana. Todas com altas taxas de proporção de pobres nas suas populações, acima de 40%. No conjunto, Silva Jardim é a de menor renda per capita – R\$ 109,7 e com a maior proporção de pobres na população: 60,7%.

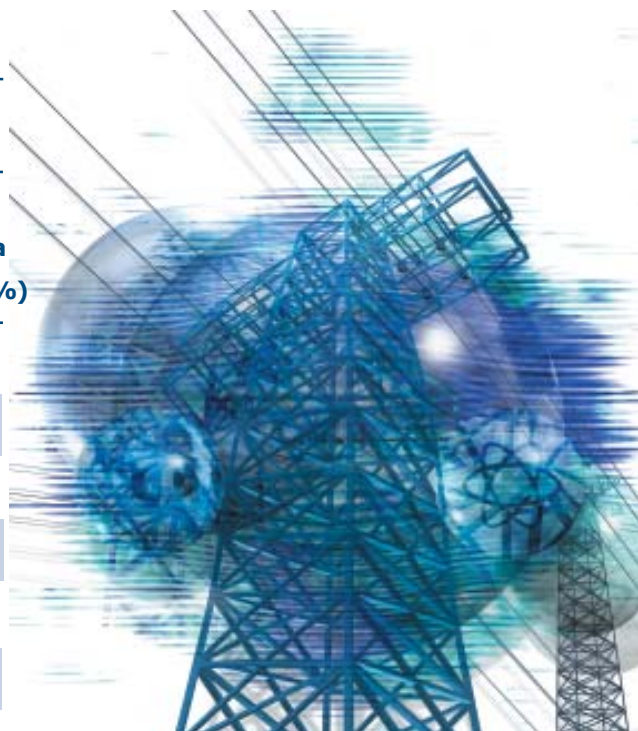
As cidades da Região Norte estudadas apresentavam renda *per capita* levemente superior ao salário mínimo vigente na época da realização da pesquisa e a proporção de pobres na população variava entre 24,3% em Palmas a 35,4% em Macapá.

**Tabela 4 - Dados de pobreza e renda**

<b>Cidades estudadas</b>	<b>Renda per capita média (R\$)</b>	<b>Proporção de pobres na população (%)</b>
Belém	313,9	30,0
Boa Vista	299,5	24,8
Brasília*	472,2	16,7
Campo Grande	323,1	19,3
Canoas	267,6	16,9
Feira de Santana	161,9	49,4
Jequié	140,1	53,5
João Pessoa	334,7	27,6
Macapá	253,7	35,4
Maceió	231,8	38,8
Manaus	262,4	35,2
Niterói	552,1	13,8
Palmas	358,1	24,3
Porto Velho	305,2	28,6
Rio Branco	264,0	32,1
Santana	162,39	52,5
Santo André	431,9	6,7
Santos	546,5	5,2
São José dos Campos	377,7	11,5
Silva Jardim	109,7	60,7
Taguatinga	Dado não disponível	

Fonte: IDH- M, 2002. Dados referentes à época da realização dos estudos nas respectivas cidades.

\* refere-se à Brasília e não apenas à região pesquisada – Plano Piloto.



## Acesso a serviços básicos

Nas cidades pesquisadas o acesso à energia elétrica estava praticamente universalizado: o percentual da população com acesso a esse serviço era superior a 95% em 19 das cidades pesquisadas. O acesso a água tratada se apresentava de forma mais restrita: em apenas quatro cidades, todas das regiões Sudeste e Sul, o serviço beneficiava mais de 90% da população. As cidades da região Norte, com exceção de Palmas e Belém, e as cidades do interior da Bahia e do Rio de Janeiro, apresentavam os percentuais mais baixos de pessoas com acesso a água tratada. Em 50% das cidades a coleta de lixo estava acessível para mais de 90% da população. Maceió e Silva Jardim apresentavam os índices mais baixos respectivamente 78,1% e 51,9% da população tinham acesso à coleta de lixo.

**Tabela 5 - Acesso a serviços básicos**

Cidades estudadas	Água tratada (%)	Energia elétrica (%)	Coleta de lixo (%)
Belém	81,1	99,5	96,0
Boa Vista	77,6	98,8	91,5
Brasília	86,9	98,3	98,4
Campo Grande	87,1	98,5	99,8
Canoas	95,3	99,2	93,3
Feira de Santana	65,1	92,3	84,9
Jequié	69,9	90,7	89,5
João Pessoa	96,3	99,9	94,5
Macapá	71,6	98,7	83,6
Maceió	81,3	98,4	78,1
Manaus	75,1	99,0	91,3
Niterói	88,1	99,9	84,1
Palmas	84,2	98,1	94,9
Porto Velho	71,5	97,1	85,9
Rio Branco	53,2	95,2	89,4
Santana	65,8	98,2	81,9
Santo André	98,6	99,9	99,3
Santos	98,6	99,9	98,8
S. José dos Campos	97,5	99,5	98,2
Silva Jardim	66,3	72,7	51,9
Taguatinga	87,8	98,9	85,9

Fonte: IDH – M, 2002. Dados relativos à época da realização dos estudos, nas respectivas cidades.

## Aspectos de Saúde

A maioria das cidades estudadas apresentava taxas de mortalidade infantil, por mil nascidos vivos, inferior à média nacional, com exceção de Maceió e João Pessoa, cujos índices eram de,

respectivamente 52,6 e 40,4, em crianças até um ano por mil nascidos vivos. Importante ressaltar que, segundo dados do IBGE, as taxas para o Brasil, em 1991 e 2002, eram de 46,9 e 33,8, respectivamente.

**Tabela 6**  
**Taxa de mortalidade infantil**

Cidades estudadas	Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)
Belém	26,5
Boa Vista	31,6
Brasília*	22,7
Campo Grande	24,4
Canoas	18,3
Feira de Santana	62,9
Jequié	39,7
João Pessoa	40,4
Macapá	30,8
Maceió	52,6
Manaus	28,7
Niterói	25,8
Palmas	37,2
Porto Velho	34,6
Rio Branco	29,6
Santana	28,4
Santo André	22,1
Santos	19,3
São José dos Campos	19,2
Silva Jardim	29,5
Taguatinga	Dado não disponível

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002

\*Dado para o DF e não apenas Plano Piloto.

Apenas duas cidades, apresentam taxas de expectativa de vida inferior à média nacional – Porto Velho (64,8) e Rio Branco (66,8).

**Tabela 7 - Taxa de longevidade nas cidades estudadas**

Cidades estudadas	Esperança de vida em anos
Belém	70,5
Boa Vista	67,1
Brasília*	70,4
Campo Grande	70,4
Canoas	71,4
Feira de Santana	66,8
Itabuna	69,0
Jequié	65,8
João Pessoa	68,2
Macapá	67,9
Maceió	65,0
Manaus	67,7
Niterói	68,0
Palmas	67,7
Porto Velho	64,8
Rio Branco	66,8
Santana	68,6
Santo André	70,3
Santos	71,5
São José dos Campos	73,9
Silva Jardim	66,7
Taguatinga	Dado não disponível

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002

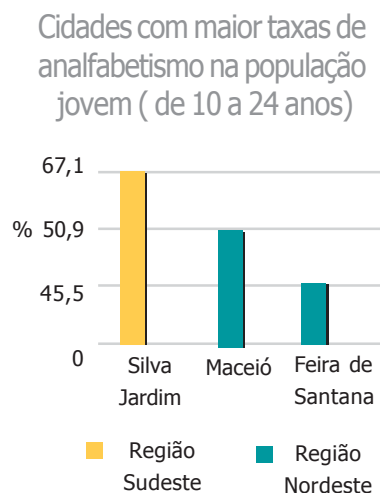
\*Dado para o DF e não apenas Plano Piloto.



## Aspectos Educacionais

As cidades com as maiores taxas de analfabetismo na população jovem (de 10 a 24 anos) são Maceió – 50,9% e Feira de Santana – 45,5%, na Região Nordeste e Silva Jardim – 67,1%, na Região Sudeste, todas acima da média nacional na época de realização dos estudos.

Nota-se que, com exceção de Silva Jardim, são as cidades da Região Nordeste as que apresentam maiores taxas de analfabetismo, o que é coerente com os indicadores educacionais da Região. Essas cidades são as que também apresentam maiores taxas de analfabetismo na população adulta (25 anos ou mais) e menor número de anos de estudo na população.





**Tabela 8 - Taxas de analfabetismo**

<b>Cidades estudadas</b>	<b>Taxa de analfabetismo população jovem (10 a 24 anos)</b>	<b>Taxa de analfabetismo população adulta (25 anos ou mais)</b>
Belém	7,8	6,0
Boa Vista	5,2	11,0
Brasília*	11,3	11,1
Campo Grande	8,8	10,9
Canoas	7,4	8,2
Feira de Santana	45,5	25,6
Jequié	22,2	26,9
João Pessoa	14,6	14,0
Macapá	9,9	11,7
Maceió	50,9	24,3
Manaus	7,2	7,6
Niterói	10,7	5,9
Palmas	4,6	8,5
Porto Velho	7,1	10,5
Rio Branco	10,2	17,5
Santana	13,5	20,3
Santo André	4,6	7,9
Santos	5,8	5,8
São José dos Campos	5,5	8,7
Silva Jardim	67,1	39,3
Taguatinga	-	-

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002

\*Dado para o DF e não apenas Plano Piloto.

A média de ano de estudos nas cidades estudadas na população de 24 anos ou mais são mais altas em Niterói – 8,8%; Belém –7,7%; Santos – 7,6%; Palmas – 7,5% e Brasília – 7,4%. As mais baixas em Silva Jardim – 3,0 %; Jequié – 4,6 % e Feira de Santana – 4,9%.

**Tabela 9 - Média de anos de estudo na população**

<b>Cidades estudadas</b>	<b>Média de anos de estudo ( pop. 24 anos ou mais)</b>
Belém	7,7
Boa Vista	6,7
Brasília	7,4
Campo Grande	6,3
Canoas	5,8
Feira de Santana	4,9
Jequié	4,6
João Pessoa	6,8
Macapá	6,9
Maceió	6,0
Manaus	7,2
Niterói	8,8
Palmas	7,5
Porto Velho	6,8
Rio Branco	6,0
Santana	5,2
Santo André	6,3
Santos	7,6
São José dos Campos	6,7
Silva Jardim	3,0
Taguatinga	-

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002

\*Dado para o DF e não apenas Plano Piloto.

É importante ressaltar que as cidades que realizaram os estudos a partir do ano 2000 apresentam indicadores educacionais e de saúde mais favoráveis, visto que durante a década de 90 o Brasil registrou um considerável avanço nessas áreas, que veio a se refletir nas estatísticas da década seguinte. Isso explica, por exemplo, porque a média de anos de estudo em Brasília, que teve o estudo realizado em 1996 seja inferior à de Belém e Palmas, cujos estudos foram realizados em 2002.

Os indicadores e dados utilizados para traçar o perfil das cidades permitem concluir que estas não apresentam desvios importantes com relação ao conjunto de indicadores sociais do país e, particularmente, das regiões e estados nos quais se localizam.



# Resultados dos estudos: Sistematização e análise comparativa

A fonte de dados e informações utilizada para elaboração deste capítulo foi os relatórios dos estudos de prevalência de incapacidades realizadas nas cidades que integram este trabalho.

De início é preciso considerar que os referidos relatórios apresentam-se de forma bastante heterogênea, no que se refere à organização dos dados e informações; aos aspectos dos resultados de estudos que enfatizam; e ao tipo de dados que apresentam. Isso significa dizer que alguns relatórios deixam de apresentar dados e informações referentes à realização e resultados da pesquisa, o que dificultou, ou pelo menos, restringiu a trabalho de sistematização e análise comparativa de resultados que se pretende empreender nesse capítulo.

Vale ressaltar que as informações sobre o estudo realizado em Manaus ficaram prejudicadas porque a fonte de coleta de dados disponível era um relatório preliminar, que não continha informações relevantes em termos de resultados, tais como, a taxa de prevalência de incapacidades naquela cidade. Os dados sobre Macapá e Santana apresentavam-se de forma agregada num mesmo relatório, o que não permitiu a análise dos resultados dessas cidades em separado.

Importante ressaltar que, de modo geral, os relatórios dos estudos realizados no início da década de 90 são mais resumidos e com menor nível de detalhe nas informações, do que os relatórios dos estudos mais recentes. Estes, além de mais detalhados, apresentam um esforço de analítico maior. Essas características, de certa forma, refletem a própria evolução na

utilização da metodologia, no Brasil, e a aprendizagem cumulativa que foi se construindo ao longo das experiências, em termos das potencialidades da metodologia e do tratamento dos seus resultados. A própria evolução dos dados sobre deficiências no Brasil, que se deu na década de 90, conforme apontada neste trabalho, contribuiu para essa aprendizagem, na medida em que fornece uma base de dados para eventuais comparações.

Consideradas as especificidades e limitações das fontes de dados específicas para a elaboração desse capítulo, a leitura dos relatórios permitiu a delimitação dos aspectos essenciais, que estivessem presentes em todos os relatórios, de modo a servir de referência para a análise comparativa dos resultados dos estudos nas cidades em foco, conforme apresentada no quadro na página seguinte:

<b>Categorias</b>	Características da amostra domiciliar	Informações sobre a execução da pesquisa	Resultados dos Estudos	Prognósticos e Necessidades de Atenção	Características da amostra de "suspeitos de incapacidades" validados
	Número de domicílios da amostra; Renda familiar média nos domicílios da amostra;	Deteção de "suspeitos de incapacidades"; Taxa de não-comparimento ao exame de validação;	Prevalência de incapacidades nas cidades estudadas; Prevalência de deficiências por tipo;	Classificação de prognósticos; Tipos e atenção requerida.	Média de Idade; Sexo; Ocupação e renda; Escolaridade;
	Acesso a serviços básicos nos domicílios; População pesquisada; Idade média da população pesquisada;	Taxa de concordância entre a indicação de suspeito e o exame de validação.	Prevalência de incapacidades por tipo; Prevalência de desvantagem por tipo; Causas das incapacidades.		Acesso aos serviços de saúde e tratamento.

## Características Básicas da Amostra Domiciliar

Conforme mencionado anteriormente a metodologia para Determinação de Prevalência de Incapacidades (OPAS) baseia-se num estudo de base amostral, cuja unidade de análise é o domicílio. Os procedimentos adotados procuram garantir a representatividade das características do universo pesquisado em termos quantitativos e qualitativos.

Nas 21 cidades pesquisadas no Brasil, no período de 1991-2002 foram seguidas as orientações metodológicas para definição das amostras que apresentaram variações em termos quantitativos, a depender da população de cada cidade e do número médio de habitantes por domicílios. Em todas as cidades pesquisadas as amostras foram representativas em termos estatísticos, inclusive adotando-se a margem de segurança recomendada pela metodologia.

Em termos do tamanho da amostra domiciliar, Santos foi a cidade com maior número de domicílios visitados – 1.218 enquanto que Silva Jardim, teve a menor amostra domiciliar, apenas 830 residências. O número de pessoas pesquisadas varia de 3.246, em Feira de Santana à 5.113, reunindo as amostras de Macapá e Santana. Essa variação foi determinada pela média de habitantes por domicílios, que aproxima-se de 4,0 na maioria das cidades.

**Tabela 10 - Características das amostras domiciliares nas cidades estudadas**

<b>Cidades estudadas</b>	<b>Número de domicílios das amostras</b>	<b>População pesquisada</b>
Belém	1.001	4.839
Boa Vista	812	3.688
Brasília	1.046	3.752
Campo Grande	1.064	4.240
Canoas	991	3.246
Feira de Santana	1.020	3.929
Jequié	1.009	4.090
João Pessoa	1.047	4.170
Macapá/Santana	1.000	5.113
Maceió	1.203	4.586
Manaus	1.088	4.697
Niterói	1.029	3.871
Palmas	966	3.911
Porto Velho	862	3.732
Rio Branco	864	3.658
Santo André	1.196	4.295
Santos	1.218	3.939
S. J. Campos	1.159	4.894
Silva Jardim	830	3.302
Taguatinga	970	3.668

Fonte: Relatórios estudos de prevalência de incapacidades. (1991-2003)

Os domicílios pesquisados distribuíram-se de forma proporcional à distribuição populacional pelos setores (bairros), apresentando características que representavam o conjunto das cidades, em termos de população, acesso a serviços público, renda e perfil ocupacional e educacional.

Em termos de acesso a serviços públicos, toma-se como referência os serviços de água tratada, luz elétrica, e rede de esgoto, considerados como essenciais para a qualidade de vida e com grande impacto na saúde da população. Em quase todas as cidades estudadas o acesso à luz elétrica era praticamente universalizado; a água tratada atingia um bom percentual dos domicílios estudados, com exceção em algumas das cidades da Região Norte, como Belém, Manaus, Porto Velho, Rio Branco, onde o acesso a esse serviço ainda é restrito, conforme a Tabela 11. Os índices apresentados por Campo Grande, Niterói, Feira de Santana e Silva Jardim, na época da realização dos estudos nessas localidades, também eram pouco satisfatórios. Nesta última, apenas 42,5% dos domicílios têm acesso a água tratada.

No que diz respeito ao acesso à rede de esgotos, a situação era precária na maioria das cidades. Apenas 05 cidades apresentavam índices superiores a 90% - Brasília, Taguatinga, Santo André, Santos e São José dos Campos. A situação era particularmente crítica em cidades da Região Norte. Em seis das sete capitais desta região, apenas 50% dos domicílios estavam conectados à rede de esgotos. Cidades como Feira de Santana, na Bahia e Silva Jardim, no Rio de Janeiro, também, apresentavam índices muito baixos de acesso a esse serviço público, quando da realização da pesquisa.

Importante mencionar que os índices de acesso aos serviços públicos na amostra domiciliar são, em alguns casos inferiores aos encontrados no Atlas de Desenvolvimento Humano (2002) que serviu de base para a elaboração do perfil das cidades, anteriormente apresentado.

**Tabela 11 - Características dos domicílios estudados quanto ao acesso a serviços públicos**

<b>Cidades estudadas</b>	<b>Água encanada</b>	<b>Luz elétrica</b>	<b>Rede de esgoto</b>
Belém	62,8	99,6	65,1
Boa Vista	97,3	99,1	21,3
Brasília	99,3	99,9	99,1
Campo Grande	88,0	99,1	72,5
Canoas	98,9	98,9	88,0
Feira de Santana	89,1	99,1	46,7
Jequié	95,9	98,8	84,4
João Pessoa	97,6	99,9	61,3
Macapá/Santana	99,1	62,6	10,0
Maceió	93,0	99,9	34,5
Manaus	42,0	75,0	38,0
Niterói	76,6	92,6	78,9
Palmas	96,5	99,3	29,1
Porto Velho	53,2	98,8	19,7
Rio Branco	64,6	99,8	18,9
Santo André	98,3	99,7	97,2
Santos	100,0	99,6	98,6
S. J. Campos	97,3	77,7	96,4
Silva Jardim	42,5	89,5	32,1
Taguatinga	100	100	99,4

Fonte: Relatórios Estudos de Prevalência de Incapacidades (1991-2003)



As populações estudadas apresentavam as características básicas apontadas pelas estatísticas oficiais, em termos de distribuição por sexo, idade e faixa de renda: têm uma leve predominância de pessoas do sexo feminino; são formadas por pessoas jovens, com predominância nas faixas etárias entre 10 a 39 anos. Nas cidades da Região Norte verifica-se uma concentração maior de pessoas na faixa de 10 a 29 anos.

A renda média da população da amostra situava-se entre um e três salários mínimos. Utilizando-se as categorias propostas pela metodologia para classificar o nível sócio-econômico das famílias da amostra, quais sejam: renda familiar, acesso a bens e serviços, grau de escolaridade e condições de moradia, verificou-se que mais de 50% das famílias foram classificadas como de nível sócio-econômico baixo e médio baixo. Brasília foi a cidade com maior percentual de famílias enquadradas como de classe média – 64,3%. Em Santos a maioria das famílias foi considerada de renda média – entre baixa e média – 73,2%; em Niterói – 55,2 %. Esta última apresentava

um percentual significativo de famílias classificadas como de nível sócio-econômico médio – 35,4 %. No lado oposto, Feira de Santana e Jequié, ambas na Bahia, e Silva Jardim, no Rio de Janeiro têm o maior percentual de famílias classificadas como de nível sócio-econômico baixo, respectivamente 45%, 72,4% e 50,9%.

## A Realização dos estudos

Todas as cidades analisadas cumpriram os procedimentos específicos para a realização da pesquisa. Algumas tiveram maior dificuldade para realização do diagnóstico inicial e para delimitação da amostra, em termos de identificação de ruas, especialmente aquelas que passavam por processos de crescimento acelerado nas zonas periféricas e que não dispunham de um sistema de informações e mapas atualizados.

A fase de coleta de dados, em duas etapas – entrevistas domiciliares e exame de validação, apresentaram os resultados preliminares, conforme apontado na Tabela 12.

**Tabela 12 - Detecção de suspeitos de incapacidades**

<b>Cidades Estudadas</b>	<b>População da amostra</b>	<b>Número de suspeitos de incapacidades</b>	<b>Número dos que compareceram ao exame de validação</b>	<b>Não comparecimento ao exame de validação (%)</b>
Belém	4.839	312	256	18,0
Boa Vista	3.688	313	298	4,7
Brasília	3.752	123	79	35,7
Campo Grande	4.240	319	207	35,1
Canoas	3.246	276	100	63,7
Feira de Santana	3.929	484	392	19,0
Jequié	4.090	403	400	0,75
João Pessoa	4.170	255	156	38,8
Macapá/Santana	5.113	506	492	2,7
Maceió	4.586	409	362	11,4
Manaus	4.697	345	221	36,6
Niterói	3.871	418	296	29,1
Palmas	3.911	374	337	9,8
Porto Velho	3.732	558	549	1,6
Rio Branco	3.658	558	549	1,6
Santo André	4.295	396	153	62,0
Santos	3.939	422	216	48,8
São José dos Campos	4.894	420	417	2,1
Silva Jardim	3.302	362	266	26,5
Taguatinga	3.668	247	180	27,1

Fonte: Relatórios Estudos de Prevalência de Incapacidades.( 1991-2002).

O número de suspeitos de incapacidades detectados nas entrevistas domiciliares guardava uma relação de proporção com a população da amostra que se revelou adequada na maioria das cidades – entre 10% a 15%.

O percentual dos que não compareceram ao exame de validação foi insignificante, abaixo de 10% em sete cidades. Em seis cidades o percentual de não comparecimento dos suspeitos ao exame da validação pode ser consi-



derado muito alto: acima de 50% em Santo André e Canoas e entre 30% a 48% em Brasília, João Pessoa, Campo Grande, Manaus e Santos, podendo ter interferido nos índices de prevalência de incapacidades encontrados nessas cidades. Nas demais, os índices podem ser considerados como razoáveis. Na maioria das cidades, o não comparecimento ao exame de validação esteve relacionado às dificuldades na organização da pesquisa, em termos da estrutura para realização dos exames de validação, o que ocasionou um intervalo entre a realização da pesquisa domiciliar e a etapa de validação.

Os dados indicam que o grau de concordância entre a indicação de suspeitos de incapacidades e a confirmação de pelo menos um tipo de incapacidade é adequada – superior a 70% na maioria das cidades.

## Resultados dos estudos

O exame de validação tem como objetivo principal estabelecer a taxa de prevalência de incapacidades, mediante a confirmação ou não da presença de deficiências e incapacidades associadas, na população amostral.

As taxas de prevalência de incapacidades, segundo a metodologia proposta pela OPS, são apresentadas na Tabela 13. De modo geral, as taxas encontradas foram inferiores às do Censo 2000, que incluiu o conceito de incapacidade, para determinar o percentual de pessoas com deficiências na população brasileira. - 14,5%; assim como abaixo dos índices encontrados para as regiões brasileiras.

Por se tratar de uma metodologia mais específica, que inclui um procedimento como um exame de validação, que é uma avaliação dos indivíduos que apresentam suspeitas de deficiên-

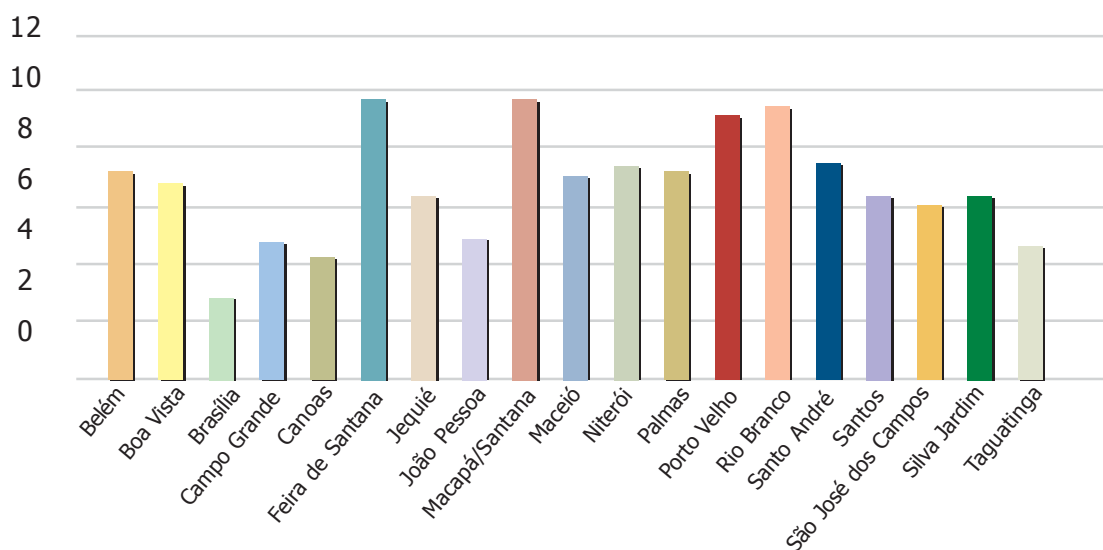
cias por especialistas em reabilitação, o estudo para determinação de prevalência de incapacidades, conforme proposta da OPS, permite melhor delimitação das incapacidades, separando casos de deficiências ou agravos, que podem vir a ser incapacitantes, dos casos onde realmente as incapacidades já estão instaladas.

**Tabela 13 - Taxas de prevalência de incapacidades**

<b>Cidades</b>	<b>Prevalência de Incapacidades</b>
Belém	7,3
Boa Vista	6,7
Brasília	2,8
Campo Grande	4,8
Canoas	4,3
Feira de Santana	9,6
Jequié	6,2
João Pessoa	4,9
Macapá/Santana	9,7
Maceió	6,9
Manaus*	-
Niterói	7,5
Palmas	7,4
Porto Velho	8,9
Rio Branco	9,2
Santo André	7,5
Santos	6,1
São José dos Campos	5,9
Silva Jardim	6,1
Taguatinga	4,5

O relatório do estudo em Manaus não apresenta essa informação.

## Prevalência de Incapacidades nas cidades estudadas



A cidade com menor prevalência de incapacidades é Brasília – 2,8% e a com maior é Macapá e Santana. As cidades da Região Norte, e Feira de Santana, na Bahia, apresentam taxas mais altas, com relação às demais regiões. A taxa de prevalência de incapacidades encontrada em Belém – 4,5% – destoa do padrão encontrado na Região Norte, e do próprio perfil dessa cidade, que apresenta renda per capita pouco superior ao salário mínimo, uma proporção de pobres na população igual a 30% e acesso à água tratada e rede de esgotos pouco acima dos 50%. Verificou-se que em Belém, ao longo da etapa de validação, os exames foram sendo concentrados em apenas um profissional de reabilitação, o que contraria a metodologia da pesquisa. Este fato, sem dúvida, influenciou negativamente a qualidade da pesquisa, com impactos nos resultados, o que pode explicar a baixa taxa de prevalência encontrada.

De modo geral, as taxas de prevalência encontradas remetem para a relação, já comprovada por outros estudos, entre os quais NERI (op. Cit. 20034), entre a prevalência de incapacidades

e o grau de desenvolvimento social, nível de renda e pobreza. O detalhamento da prevalência de incapacidades, por tipo, permite constatar que:

1. Nas cidades de Maceió, Macapá e Santana, São José dos Campos e Silva Jardim encontraram-se os maiores índices para todos os tipos de incapacidades, com relação às demais cidades.
2. A prevalência de incapacidades de comunicação é alta em três cidades: Silva Jardim – 18,9%, São José dos Campos -17,6% e Maceió –15,45. Chama atenção que cidades com perfis tão diferentes, apresentam índices de prevalência de incapacidades muito semelhantes.
3. A prevalência de incapacidades de locomoção é alta em Silva Jardim, São José dos Campos, Maceió e Brasília.
4. As incapacidades de posicionamento do corpo têm taxas de prevalência mais altas em Maceió, São José dos Campos e Silva Jardim.
5. As incapacidades de tomar atitudes frente a situações apresentaram maiores índices em São José dos Campos, Macapá e Santana e Maceió.

Tabela 14. Taxas de prevalência de deficiências por tipo

Cidades	Intelectual	Mental Psicológica	Linguagem	Auditiva	Visual	Geral (visceras)	Músculo- Esqueléticas	Estéticas	Gerais	Sensitivas	Outras
Belém	1,6	3,5	5,2	1,1	2,3	2,4	2,5	0,2	0,9	1,1	0,2
Boa Vista	2,9	4,5	1,9	1,0	4,5	5,5	2,6	1,1	2,2	0,4	0,1
Brasília	1,0	4,5	1,5	1,1	2,2	2,1	3,0	0,9	0,6	0,3	-
Campo Grande	0,4	2,4	0,6	0,5	1,5	-	1,2	0,4	0,3	0,2	0,1
Canoas	0,8	2,3	0,8	0,7	1,0	-	1,5	0,5	0,5	0,3	0,1
Feira de Santana	0,9	2,8	0,8	0,5	1,6	-	1,4	0,4	0,7	0,3	0,1
Jequié	1,2	3,6	1,7	1,8	3,7	2,8	2,7	0,8	2,2	0,9	-
João Pessoa	1,3	4,2	2,7	0,8	1,7	2,3	5,8	0,9	0,8	0,8	-
Macapá/Santana	2,1	4,7	2,9	2,5	5,8	3,8	3,3	1,6	4,1	2,5	0,1
Maceió	1,8	13,7	2,5	2,3	7,5	9,4	3,8	1,3	1,7	0,4	-
Manaus*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niterói	0,5	1,4	1,2	1,6	2,6	-	2,2	0,3	0,9	-	-
Palmas	0,3	2,9	1,2	1,4	5,3	3,0	2,5	0,8	1,6	0,6	-
Porto Velho	2,3	3,2	3,3	3,0	3,4	4,7	3,9	1,1	2,0	1,2	-
Rio Branco	2,2	5,6	0,8	1,9	3,0	3,0	1,9	0,3	0,8	0,2	-
Santo André	1,1	5,0	1,5	0,9	2,9	3,3	1,5	0,3	1,0	0,6	0,04
Santos	2,10	12,8	2,93	2,6	7,4	7,8	6,6	2,2	3,8	1,1	0,2
S. José dos Campos	1,7	8,9	3,9	2,1	6,9	4,8	3,8	1,4	1,8	0,6	0,1
Silva Jardim	2,0	7,4	3,7	1,7	5,8	5,7	3,8	0,8	1,6	0,7	-
Taguatinga	0,3	1,0	0,6	0,2	0,7	-	0,7	0,3	1,2	0,1	5,4

Fonte: Relatórios de Estudos de Prevalência de Incapacidades (1991-2002). \* O relatório de Manaus não apresenta essa informação de forma desagregada.

**Tabela 15 - Prevalência de incapacidades por tipo**

<b>Cidades</b>	<b>Tipos de Incapacidades</b>							<b>Atitude frente a situações</b>
	<b>Comportamento</b>	<b>Comunicação</b>	<b>Cuidado Pessoal</b>	<b>Locomoção</b>	<b>Posicionamento do corpo</b>	<b>Destreza</b>		
Belém	2,1	3,0	1,9	2,9	3,3	2,5	3,7	
Boa Vista	3,5	5,1	1,4	2,9	2,9	2,2	4,3	
Brasília	3,8	6,6	2,2	7,0	5,3	3,4	3,7	
Campo Grande	0,6	0,2	0,4	0,3	0,5	1,3	0,3	
Canoas	1,0	1,1	0,6	1,3	1,0	0,5	0,6	
Feira de Santana	4,2	5,7	1,6	4,2	4,2	2,5	4,5	
Jequié	1,8	3,3	1,0	2,4	2,3	1,6	1,7	
João Pessoa	1,7	2,1	2,0	2,7	2,7	2,3	1,8	
Macapá/Santana	5,4	8,3	5,8	5,6	5,7	6,2	7,2	
Maceió	8,3	15,4	5,6	13,6	11,1	4,9	6,3	
Manaus*	-	-	-	-	-	-	-	
Niterói	0,9	0,7	0,3	1,5	2,0	0,7	0,4	
Palmas	2,9	5,3	1,1	2,3	2,1	1,3	3,2	
Porto Velho	2,2	6,9	1,0	3,0	3,0	1,2	5,0	
Rio Branco	2,2	5,4	0,9	3,1	3,0	1,8	3,5	
Santo André*	-	-	-	-	-	-	-	
Santos	5,0	1,6	0,6	1,7	1,3	0,1	1,6	
S. José dos Campos	8,8	17,6	4,3	12,6	10,1	6,9	8,5	
Silva Jardim	9,3	18,9	5,1	12,9	10,2	6,0	5,7	
Taguatinga	1,4	1,8	0,9	1,8	1,6	1,3	0,6	

Fonte: Relatórios de Estudos de Prevalência de Incapacidades (1991-2002). \* O relatório de Manaus não apresenta essa informação de forma desagregada.

É importante ressaltar que as incapacidades estão diretamente relacionadas com a qualidade do atendimento de saúde. Isso pode explicar taxas semelhantes de prevalência de incapacidades em cidades de perfis distintos, bem como taxas significativas de prevalência de vários tipos de incapacidades numa mesma cidade. Em todas as cidades, principalmente, nas da Região Norte e Nordeste e nas de pequeno porte, independente da região onde se localizem, os serviços de saúde não atendem às necessidades da população, em termos de cobertura e/ou qualidade do atendimento.

A análise das causas de incapacidades apontaram que, apesar das diferenças regionais e o porte das cidades, as causas de incapacidades encontradas foram muito semelhantes. Em primeiro lugar estavam as doenças nervosas e dos órgãos dos sentidos; seguidas pelos transtornos mentais, doenças do tecido osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do aparelho circulatório, doenças metabólicas e causas congênitas. As causas externas que mais apareceram foram acidentes de transportes e quedas acidentais.

Conforme mencionado anteriormente, a metodologia da OPS adota os conceitos de deficiências, incapacidades e desvantagens como interrelacionados, onde as incapacidades, entendidas como restrição ou ausência da capacidade para realizar uma atividade dentro dos limites da pessoa humana, são decorrentes das deficiências. Estas, por sua vez, referem-se à perda ou anormalidade de uma estrutura ou função anatômica, fisiológica ou psicológica.

Coerente com essa perspectiva, o exame da validação permite, também, apontar a prevalência de deficiências por tipo, revelando-se a seguinte situação:



- 1 - A deficiência mental e psicológica foi a que apresentou maior índice de prevalência na maioria das cidades. As exceções são Belém, Boa Vista, Niterói, Macapá/Santana, Palmas e Porto Velho. Importante ressaltar que as deficiências mentais ocupam o 4º lugar, em termos percentuais, no Brasil, segundo o Censo 2000.
- 2 - Os índices de prevalência das deficiências mental e psicológica foram particularmente altas em Maceió, Santos, São José dos Campos, Silva Jardim, respectivamente, 13,7%, 12,8%, 8,9% e 7,4%.
- 3 - As deficiências visuais que, segundo o Censo 2000, atingem 48% da população brasileira, não apresentaram índices significativos. Apenas seis cidades apresentaram índices superiores a 5%. Isso pode estar relacionado com o fato da metodologia da OPS não considerar para efeito do cálculo de prevalência de incapacidades, as dificuldades de enxergar, desde que corrigidas por óculos e/ou lentes.
- 4 - As deficiências gerais, produzidas por doenças nas vísceras, têm índices de prevalência significativos em Boa Vista, Maceió, Santos e Silva Jardim.
- 5 - As deficiências músculo-esqueléticas destacam-se em Jequié e Santos, cidades com perfis muito distintos.
- 6 - As deficiências estéticas, gerais e sensitivas apresentam baixos índices de prevalência em todas as cidades.

**Tabela 16 - Taxas de prevalência de desvantagens por tipos**

Cidades	Tipo de desvantagem							Outras
	Orientação	Independência Física	Mobilidade	Capacidade de Ocupação	Integração Social	Auto-Suficiência Econômica		
Belém	2,7	2,7	2,4	3,1	2,9	5,7	0,2	
Boa Vista	2,8	2,2	2,1	3,2	2,1	7,9	4,0	
Brasília	1,2	1,1	1,3	1,4	1,7	2,7	1,2	
Campo Grande	3,0	1,0	1,4	1,6	2,1	5,1	1,5	
Canoas	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6	2,5	1,4	
Feira de Santana	9,4	4,4	5,3	7,2	6,3	9,2	11,9	
Jequié*	-	-	-	-	-	-	-	
João Pessoa	10,8	13,3	12,1	10,0	10,7	22,3	1,9	
Macapá/Santana	4,23	3,0	3,2	4,6	3,8	9,8	7,4	
Maceió	1,7	1,7	1,7	2,0	1,7	4,8	3,1	
Manaus*								
Niterói	3,7	2,4	3,0	2,8	2,5	2,3	1,2	
Palmas	2,6	2,1	2,2	3,0	2,5	3,0	23,7	
Porto Velho	1,7	1,2	1,9	1,7	2,3	13,8	4,3	
Rio Branco	2,3	3,6	2,1	2,6	1,8	9,4	4,2	
Santo André	1,3	0,9	1,1	1,5	1,0	2,7	1,2	
Santos	3,4	1,7	2,2	2,3	1,9	6,1	4,4	
S. José dos Campos	1,8	1,7	1,8	2,4	1,6	6,1	3,3	
Silva Jardim*	-	-	-	-	-	-	-	
Taguatinga	2,5	1,9	1,9	2,6	2,5	5,7	2,7	

Fonte: Relatórios de Estudos de Prevalência de Incapacidades (1991-2002). Relatórios de Jequié, Manaus e Silva Jardim não apresentam esses dados de forma desagregada.

# Prognósticos e necessidades de atenção

O exame de validação permite a realização de prognósticos e indicação do tipo de atenção requerida para a população com “suspeitas de incapacidades”. Esses aspectos são importantes para orientar o planejamento das ações e dos serviços adequados de acordo com as necessidades levantadas.

Com base na análise dos relatórios foi possível apontar as seguintes informações que traçam um perfil da situação das cidades estudadas, quanto a esses dois aspectos:

**Tabela 17 - Avaliação prognóstica nas cidades estudadas**

Avaliação Prognóstica	Cidades				
	Canoas (%)	Campo Grande (%)	Feira de Santana (%)	Taguatinga (%)	Jequié (%)
Possibilidade de Recuperação	9,0	11,0	9,8	6,3	21,1
Possibilidade de Melhora	9,0	20,3	22,1	24,3	30,3
Possibilidade de Assistência	10,0	11,0	36,0	9,0	21,5
Incapacidade Estável	10,0	8,0	3,7	26,4	14,3
Possibilidade de Adaptação	7,0	2,5	0,4	5,6	-
Incapacidade Progressiva	2,0	2,1	0,6	2,8	10,4
Prognóstico Indeterminado	3,0	3,2	1,5	6,3	1,2

Avaliação prognóstica	Cidades				
	São José dos Campos (%)	Santo André (%)	João Pessoa (%)	Niterói (%)	Manaus (%)
Possibilidade de Recuperação	NE	1,9	NE	14,6	9,0
Possibilidade de Melhora	NE	0,49	17,3	31,2	24,9
Possibilidade de Assistência	NE	0,79	9,6	26,8	28,5
Incapacidade estável	NE	0,54	NE	NE	5,4
Possibilidade de Adaptação	NE	0,2	9,0	NE	2,3
Incapacidade Progressiva	NE	0,23	9,6	NE	2,7
Prognóstico Indeterminado	NE	0,00	NE	NE	0,9

## Cidades

Avaliação Prognóstica	Macapá/ Santana (%)	Belém (%)	Boa Vista (%)	Rio Branco (%)	Palmas (%)	Porto Velho (%)
Possibilidade de Recuperação	7,5	26,5	13,7	12,5	23,2	12,5
Possibilidade de Melhora	19,9	39,3	17,5	8,2	13,1	12,2
Possibilidade de Assistência	54,5	5,2	29,5	16,3	8,6	3,8
Incapacidade estável	3,3	2,0	7,6	6,7	1,8	1,82
Possibilidade de Adaptação	4,1	1,6	3,1	0,9	3,0	0,91
Incapacidade Progressiva	1,1	0,8	3,1	2,6	8,3	1,46
Prognóstico Indeterminado	0,99	4,02	2,1	1,2	1,5	1,9

A partir dos dados obtidos constata-se que em todas as cidades estudadas os prognósticos eram bastante positivos, apresentando índices significativos de casos com possibilidades de melhora, assistência e recuperação. Em contrapartida os índices de incapacidades progressivas e prognósticos indeterminados eram baixos, inclusive naquelas cidades que apresentavam maiores índices de prevalência de incapacidade, a exemplo de Feira de Santana, Macapá/Santana e Rio Branco.

As necessidades de atenção requeridas pelas pessoas com suspeitas de incapacidades concentravam-se, principalmente, em algum tipo de atenção geral ou não especializada em saúde, em atendimento psicológico e em atendimento em reabilitação física, nessa ordem.

Esse perfil é coerente com os tipos de deficiências e incapacidades mais prevalentes nas cidades estudadas. A necessidade de atendimento geral de saúde ou não especializado, chama atenção para o fato urgência da ampliação quantitativa e qualitativa do atendimento em saúde para a população em geral nas cidades estudadas, bem como a implantação da atenção integral à pessoa com deficiência.

Outra informação importante revelada pe-

los estudos, em todas as cidades, é que por volta de 80% das pessoas que compareceram ao exame de validação utilizavam os serviços do SUS e que cerca de 60% estão muito satisfeitos com o atendimento que recebem. Em cidades como Boa Vista, Porto Velho, Feira de Santana e João Pessoa, o grau de satisfação com o atendimento é inferior às demais cidades estudadas. A queixa mais comum em relação ao atendimento recebido refere-se à dificuldade de marcar consultas. Isso acontece em todas as cidades, mas com maior frequência nas mais populosas, como São José dos Campos, Maceió e Santo André. Em média, 40% receberam atendimento de reabilitação, pelo menos uma vez, no ano em que foi realizado o estudo. Em Silva Jardim, Feira de Santana e João Pessoa o atendimento em reabilitação é bastante precário e o índice das pessoas que compareceram ao exame de validação, que declararam ter recebido pelo menos um atendimento no ano em que foi realizado o estudo, foi inferior à 20%.

Conclui-se que essa população depende dos serviços públicos de saúde e que estes, apesar do grau de satisfação declarado pelos usuários, não atendem satisfatoriamente à demanda no que se refere ao atendimento em reabilitação.



## Perfil dos Suspeitos de Incapacidades

O perfil da população indicada como suspeitos de incapacidades comprova o que já foi revelado pelo Censo 2000. De modo geral, essa população apresentou índices de escolaridade, renda e emprego inferiores aos da população em geral.

### **Nas cidades estudadas, essa população apresentou o seguinte perfil, com pequenas variações:**

---

- É predominantemente do **sexo feminino**.
- É uma população jovem, principalmente nas cidades da Região Norte – **média de idade de 41 anos**.
- Em média 40% dos suspeitos de incapacidades, em todas as cidades estudadas,  **cursaram até a 4ª. série do ensino fundamental**.
- **A taxa de analfabetismo nessa população é superior** à média nacional e à da amostra.
- Cerca de **1/4 dessa população não tem renda própria** e cerca de **20% tem renda de até um salário mínimo**.
- Verificou-se um **percentual elevado de aposentados e sub-empregados**.

As deficiências e as incapacidades atingem as populações mais desfavorecidas socialmente, sem que se possa determinar com segurança se elas são causa ou conseqüência de uma situação de desvantagem e exclusão social para esse grupo social. Em qualquer uma das cidades estudadas, independente das características e nível de desenvolvimento isso é verdadeiro, em maior ou menor grau.



# Comentários Finais

A experiência de realização dos estudos de prevalência de incapacidades, com a metodologia proposta pela OPS, no Brasil, representa um esforço importante no sentido de atualizar práticas de implementação e gestão de políticas e programas de saúde, voltados para a população com deficiências.



Os estudos realizados nas cidades brasileiras, sistematizados neste trabalho, apontam aspectos importantes no que diz respeito à epidemiologia das incapacidades, nas realidades específicas, bem como revelam os limites inerentes à utilização da metodologia e dos seus resultados.

A estreita relação entre desigualdades sociais e incapacidades, largamente apresentada em outros estudos, é a conclusão mais importante dos estudos em foco, comprovando-se, mais uma vez, que a questão das deficiências requer uma abordagem que integre às políticas estruturais de distribuição de renda, habitação, saúde, educação e emprego, políticas sociais específicas que discriminem positivamente a população com deficiências.

Nesse sentido, as taxas de prevalência encontradas, por tipo de deficiência, faixas etárias, sexo, nível de renda etc. ganham sentido quando analisados nos contextos específicos, constituindo-se em importantes subsídios para orientar a intervenção nas diferentes áreas.

A prevalência de deficiências mentais/psicológicas, com índices altos relativamente aos demais tipos de deficiências, em todas as cidades estudadas, é um aspecto relevante indicado

pelos estudos, merecendo destaque por destoar dos índices de deficiências mentais indicados pelo Censo 2000. Cabe chamar atenção que a categoria deficiências mentais/psicológicas proposta pela metodologia OPS é bastante ampla, cabendo diversos tipos e graus de distúrbios psicológicos e mentais, inclusive aqueles que não produzem, necessariamente, incapacidades permanentes ou graves. A amplitude dessa classificação pode ter contribuído para determinar o grau de prevalência dessa deficiência.

Outro aspecto, apontado pelos resultados do estudo, que merece destaque, é o alto percentual de prognósticos positivos – possibilidade de melhora, recuperação e assistência, em todas as cidades pesquisadas. Torna-se importante, também, ressaltar que o percentual de pessoas consideradas como suspeitas de incapacidade, por apresentarem doenças ou agravos potencialmente incapacitantes, que não são confirmadas como portadoras de incapacidades no exame de validação, podem estar indicando que os serviços de saúde locais não atuam com o grau de efetividade necessário para antecipar-se e prevenir as deficiências. Isso também é confirmado pelo grande percentual de casos, cuja indica-

ção de atenção necessária é o atendimento na área de saúde geral e não especializada em reabilitação.

Tanto os resultados em termos de prognósticos, como a indicação de necessidade de atenção, dão importantes pistas no sentido de que a implementação de programas de atenção à saúde com foco na prevenção de doenças, estímulo a estilos de vida saudável e melhoria de qualidade de vida seriam muito importantes para alterar o perfil epidemiológico das incapacidades.

No que tange à realização dos estudos parece importante, com base nas experiências realizadas, chamar a atenção para alguns aspectos de ordem operacional, no sentido do aprimoramento da metodologia e adaptação à realidade brasileira, resguardando seus princípios, objetivos e procedimentos, quais sejam:

- A metodologia não é de tão fácil aplicação como pode parecer à primeira vista. Requer logística e acompanhamento rigorosos, principalmente, quando aplicada em amostras mais amplas.

- A realização da coleta de dados por profissionais e/ou estudantes da área de saúde, com experiência em trabalhos comunitários, é um

fator importante para garantir a qualidade do trabalho.

- O questionário de entrevista domiciliar apresenta questões de difícil compreensão para o entrevistado, as quais poderiam ser redigidas de forma mais simples, numa linguagem mais coloquial, adaptada à realidade brasileira.

- Para determinação da renda familiar nos domicílios, poderiam ser utilizados os mesmos intervalos salariais adotados pela Pesquisa Nacional de Abordagem Domiciliar – PNAD, do IBGE, o que facilitaria as comparações.

- A classificação das atividades profissionais dos residentes dos domicílios poderia ser adaptada da tabela de profissões do IBGE, de modo a garantir maior objetividade aos dados.

- Os critérios para classificação das famílias quanto à renda (renda domiciliar, condições de moradia, tipo de trabalho exercido pelas pessoas que trabalham e acesso a bens) poderiam ser definidos de forma mais clara e específica, de modo a restringir o grau de subjetividade do pesquisador e garantir maior homogeneidade aos resultados, melhorando a comparabilidade dos dados.

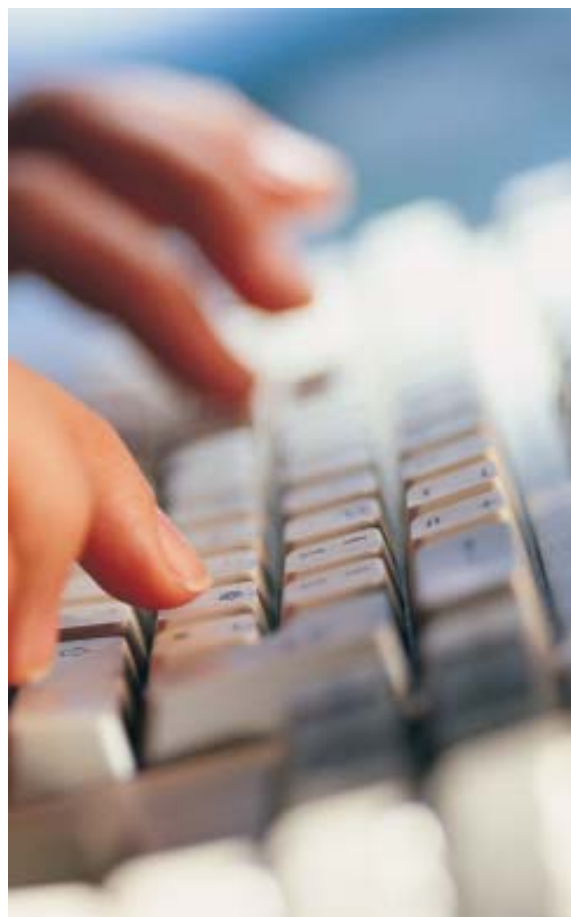
- Outra questão importante que merece ser

destacada é o tratamento dos dados. Esta etapa envolve um trabalho técnico e especializado, nem sempre disponível. É importante criar as condições para que os dados levantados sejam sistematizados, tratados e analisados para garantir a qualidade da informação e retratar de forma clara e inteligível a realidade estudada.

■ A elaboração dos relatórios é outra questão que merece atenção. O ideal seria evitar a inclusão de informações pouco objetivas e desnecessárias e apresentar os dados e informações de forma clara, de modo a facilitar a utilização dos resultados.

Por fim, reiterando-se a pertinência e relevância dos estudos para o conhecimento da realidade das deficiências, nos contextos específicos, e para a utilização dos resultados no planejamento de ações de prevenção de deficiências, melhoria da qualidade de vida, atenção à saúde e reabilitação, cabe chamar a atenção para uma questão crucial: em que medida os resultados desses estudos estão efetivamente cumprindo o objetivo de subsidiar a organização do sistema de saúde, no sentido de alterar positivamente o quadro de deficiências, incapacidades e desvantagens encontrados?

Embora não seja objetivo deste trabalho responder a essa questão, cabe a reflexão de que estudos dessa natureza só ganham significado real e atingem seus objetivos quando o conhecimento produzido, em termos de dados e informações, são efetivamente utilizados para apoiar a intervenção nos problemas detectados.



# Referências Bibliográficas

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em <http://www.ipea.gov.br> Acessado em Janeiro 2003.

IBGE. **Censo Demográfico 2000. Características Gerais da População.** Rio de Janeiro: IBGE, 2003. 178 p.

IBGE. Censo Demográfico 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.

JANUZZI, G. S. De M. e JANUZZI, N. Portadores de Necessidades Especiais no Brasil: uma reflexão a partir do Censo Demográfico 1991. São Paulo: **Integração**, 1994.

NERI, M. et al., **Retratos da Deficiência no Brasil.** Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003. 200p.

OPS/OMS. **Determinación de Prevalencia de Discapacidades. Manual de Encuestas Domiciliarias.** 1990.

SICORDI. **Dados do Censo 2000 sobre deficiências no Brasil.** Brasília: CORDE, 2002. Disponível em <http://www.corde.mj.gov.br> Acessado em 23.06.2003.

**Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2002.**

Associação Fluminense de Reabilitação. **Estudo de Prevalência de Incapacidades no município de Niterói.** Niterói: AFR, 1993. Relatório. [www.afr.org.br](http://www.afr.org.br)

Associação Fluminense de Reabilitação. **Estudo Multicêntrico de Prevalência de Incapacidades nos municípios de Canoas, Campo Grande, Feira de Santana e Taguatinga.** Niterói: AFR, 1994. Relatório.



Associação Fluminense de Reabilitação. **Estudo Multicêntrico de Prevalência de Incapacidades nos municípios de Silva Jardim, Maceió, Santos e Brasília.** Niterói: AFR, 1996. Relatório.

Associação Fluminense de Reabilitação. **Estudo de Prevalência de Incapacidades no município de Santo André.** Santo André, 1998. Relatório.

Associação Fluminense de Reabilitação. **Estudo de Prevalência de Incapacidades no município de São José dos Campos.** Niterói: AFR, 1999. Relatório.

Associação Fluminense de Reabilitação. **Estudo Multicêntrico de Prevalência de Incapacidades nos municípios de Belém, Boa Vista, Macapá/Santana, Rio Branco, Palmas e Porto Velho.** Niterói: AFR, 2003. Relatório.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Estudo de Prevalência de Incapacidades no Município de Jequié.** Salvador, 2001. Relatório.

Universidade Federal do Amazonas/ Faculdade de educação Física. **Epidemiologia das deficiências em Manaus: dados das zonas leste e sul de Manaus.** Manaus: UFAM, 2003. Relatório Preliminar.

**Ministério da Justiça**



**CORDE** - Coordenadoria  
Nacional para Integração da  
Pessoa Portadora de Deficiência

