

Sumário

Lista de Gráficos

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1. Introdução	8
1.1. Definições	8
1.2. Principais patologias que acometem os deficientes	15
1.3. Cuidados com a saúde do deficiente	17
1.4. Dificuldades encontradas pelos deficientes	17
1.5. Estatísticas sobre o tema	18
1.6. Implicações Legais da Deficiência	19
1.7. A saúde pública e a deficiência	21
1.8. Inquéritos Domiciliares	23
2. Objetivo	26
2.1. Objetivo Geral	26
2.2. Objetivos Específicos	26
3. Material e Métodos	27
3.1. Definição dos Casos	27
3.2. Áreas de estudo	27
3.4 Plano de amostragem	31
3.5 Instrumento de coleta de dados	32
3.6 Conteúdo temático da pesquisa e variáveis a serem estudadas	33
3.7 Entrevistadores	33
3.8 Coleta dos dados	34
3.9 Análise dos Resultados	34
3.10 Junção dos Bancos de Dados	35
4. Resultados	36
4.1 Caracterização da amostra	36
4.2 Prevalência de deficiências e características sócio-demográficas dos deficientes	36
4.3 Causas das deficiências	43
4.4 Condição de vida e hábitos	44
4.5 Estado de saúde	47
4.6 Utilização de serviços de saúde	52
5. Discussão	71
5.1 Prevalência de deficiências e características sócio-demográficas dos deficientes	71
5.2 Causas das deficiências	83
5.3 Condição de vida e hábitos (fumo e álcool)	85
5.4 Estado de saúde	88
5.5 Utilização de serviços de saúde	99
5.6 O perfil de saúde dos deficientes e as políticas de Saúde	118
6. Conclusões	121
7. Bibliografia	123
8. Anexo 1	138

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos Amparos Assistenciais, em milhões de Reais, concedidos a deficientes no Brasil, de janeiro de 1999 a setembro 2005. 23

Gráfico 2: Distribuição das prevalências (por mil) de algum tipo de deficiência e de doenças crônicas em maiores de 19 anos, 2002 e 2003..... 38

Lista de Quadros

<i>Quadro 1: Definições do termo handicap usadas antes de 1980 (SHAAR et al., 1994)...</i>	<i>12</i>
<i>Quadro 2: Graduação da deficiência auditiva segundo SACI (2004).....</i>	<i>13</i>
<i>Quadro 3: Municípios estudados nos inquéritos ISA-SP e ISA-Capital, 2002 e 2003.</i>	<i>28</i>
<i>Quadro 4: Conteúdo temático dos blocos do questionário, segundo pesquisa e utilização.</i>	<i>34</i>
<i>Quadro 5: Distribuição da ocorrência das deficiências segundo estudo.</i>	<i>36</i>
<i>Quadro 6: Distribuição das deficiências agrupadas segundo estudo.....</i>	<i>36</i>
<i>Quadro 7: Distribuição das deficiências múltiplas.</i>	<i>37</i>

Lista de Tabelas

<i>Tabela 1: Prevalência de deficiências (por mil) segundo sexo e idade, 2002 e 2003.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabela 2: Prevalência (por mil) de deficiências visuais segundo variáveis sócio-demográficas, 2002 e 2003.</i>	<i>40</i>
<i>Tabela 3: Prevalência (por mil) de deficiência auditiva segundo variáveis sócio-demográficas, 2002 e 2003.</i>	<i>42</i>
<i>Tabela 4: Prevalência (por mil) de deficiência física segundo variáveis sócio-demográficas, 2002 e 2003.</i>	<i>43</i>
<i>Tabela 5: Distribuição das porcentagens das causas de deficiência segundo tipo de deficiência e sexo, 2002 e 2003.</i>	<i>44</i>
<i>Tabela 6: Condição de vida e hábitos (fumo e álcool) entre os deficientes visuais, 2002 e 2003.</i>	<i>45</i>
<i>Tabela 7: Condição de vida e hábitos (fumo e álcool) entre os deficientes auditivos, 2002 e 2003.</i>	<i>45</i>
<i>Tabela 8: Condição de vida e hábitos (fumo e álcool) entre os deficientes físicos, 2002 e 2003.</i>	<i>47</i>
<i>Tabela 9: Auto-avaliação da saúde, morbidades (referida nos 15 dias anteriores à entrevista), doenças crônicas e Transtorno Mental Comum (TMC) em deficientes visuais, 2002 e 2003.</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 10: Auto-avaliação da saúde, morbidades (referida nos 15 dias anteriores à entrevista), doenças crônicas e Transtorno Mental Comum (TMC) em deficientes auditivos, 2002 e 2003.</i>	<i>50</i>
<i>Tabela 11: Auto-avaliação da saúde, morbidades (referida nos 15 dias anteriores à entrevista), doenças crônicas e Transtorno Mental Comum (TMC) em deficientes físicos, 2002 e 2003.</i>	<i>52</i>
<i>Tabela 12: Distribuição das porcentagens de necessidade de assistência e assistência recebida segundo deficiência, 2002 e 2003.....</i>	<i>53</i>
<i>Tabela 13: Internações nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes visuais, 2002 e 2003.</i>	<i>54</i>
<i>Tabela 14: Internações nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes auditivos, 2002 e 2003.</i>	<i>55</i>

<i>Tabela 15: Internações nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes físicos, 2002 e 2003.</i>	56
<i>Tabela 16: Consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes visuais, 2002 e 2003.</i>	57
<i>Tabela 17: Consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes auditivos, 2002 e 2003.</i>	58
<i>Tabela 18: Consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes físicos, 2002 e 2003.</i>	59
<i>Tabela 19: Uso de serviços de saúde por outros motivos (atestado médico, pré-natal, puericultura, parto, exame rotina, tratamento de reabilitação, exames preventivos, vacinação) pelos deficientes visuais, 2002 e 2003.</i>	60
<i>Tabela 20: Uso de serviços de saúde por outros motivos (atestado médico, pré-natal, puericultura, parto, exame rotina, tratamento de reabilitação, exames preventivos, vacinação) pelos deficientes auditivos, 2002 e 2003.</i>	61
<i>Tabela 21: Uso de serviços de saúde por outros motivos (atestado médico, pré-natal, puericultura, parto, exame rotina, tratamento de reabilitação, exames preventivos, vacinação) pelos deficientes físicos, 2002 e 2003.</i>	63
<i>Tabela 22: Realização de exames preventivos pelos deficientes visuais, 2002 e 2003.</i>	64
<i>Tabela 23: Realização de exames preventivos pelos deficientes auditivos, 2002 e 2003.</i> ..	66
<i>Tabela 24: Realização de exames preventivos pelos deficientes físicos, 2002 e 2003.</i>	67
<i>Tabela 25: Consumo de medicamentos pelos deficientes visuais, 2002 e 2003.</i>	68
<i>Tabela 26: Consumo de medicamentos pelos deficientes auditivos, 2002 e 2003.</i>	69
<i>Tabela 27: Consumo de medicamentos pelos deficientes físicos, 2002 e 2003.</i>	70

Castro, SS. *Prevalência de deficiências e estado de saúde dos deficientes. Inquéritos de Saúde de base populacional realizado em municípios do Estado de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006. 141p.

Objetivo. Avaliar o perfil de saúde, o acesso aos serviços de saúde e as condições de vida dos deficientes em áreas do Estado de São Paulo. **Metodologia.** A pesquisa utilizou os dados de um Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo em 2002 e de outro, realizado na capital em 2003. Os entrevistados que referiram deficiências foram a população estudada segundo as variáveis que compõem o banco de dados. Os dados foram digitados em Epi-Data e analisados em SPSS e STATA. **Resultados.** A prevalência de alguma deficiência foi de 143,2 por mil; deficiência visual (DV), 63,21 por mil; deficiência auditiva (DA), 43,01 por mil e a deficiência física (DF) de 11,06 por mil. Os acidentes de trabalho foram a segunda causa de DA em homens; os acidentes de trânsito foram a segunda causa das DF nos homens. As prevalências das deficiências aumentaram com a idade; foram maiores nas mulheres e nas pessoas com menos de 3 anos de escolaridade. A prevalência de DA e DF foi maior entre os homens. Entre os deficientes a prevalência de algumas doenças crônicas foi maior que entre os não-deficientes. Houve mais morbidades nos 15 dias anteriores à entrevista entre os DV e DA quando comparados com os não-deficientes. Entre os DV, 18,94% necessitavam de assistência médica regular; entre os DA, 15,38%; entre os DF, 57,16%. A principal causa das deficiências foi a doença. Mais DF relataram uma ou mais internações e menor uso de serviços odontológicos. Menor prevalência de exame das mamas entre DA e DF e de exames de próstata entre os DF e maior consumo de remédios entre os DV e DF, comparados com não-deficientes. **Conclusão.** As deficiências aumentaram com a idade, foram mais prevalentes em mulheres e em pessoas com menor escolaridade, sendo sua principal causa, as doenças. A DV foi a mais prevalente das três deficiências. A DA e a DF foram mais prevalentes nos homens. Entre os DV e os DA houve mais morbidades nos 15 dias anteriores à entrevista. Houve mais doenças crônicas entre os deficientes do que entre os não-deficientes. Os DF foram os mais necessitados de assistência médica periódica. O consumo de medicamentos maior entre os DV e DF. Políticas de saúde específicas devem ser ampliadas e outras criadas para atender as necessidades de saúde dos deficientes.

Descritores: Perfil de Saúde; Deficientes; Inquéritos de Saúde; Serviços de Saúde; Uso de Medicamentos.

Castro, SS. *Disabilities handicapped and state of health of the handicapped. A populational-based about health carried through in cities of the State of São Paulo* [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006. 141p.

Objective. Evaluate health profile, access health services patterns and life conditions of the handicapped in some areas of the State of São Paulo. **Methodology.** The research used data from the Multicenter Survey Health in the State of São Paulo, 2002, and from another study carried through in São Paulo city, in 2003. The interviewed that had answered positively to disability were the target population studied according to the variables of the data bank. These data were typed in Epi Data and analyzed in SPSS and STATA. **Results.** The prevalence for any disability found was 143.2 for a thousand; visual disability (VD) 63.21 for a thousand; hearing disability (HD) 43.01 for a thousand and physical disability (PD) 11.06 for a thousand. The work accidents were the second cause of HD in men; the traffic accidents were the second major cause of PD in men. The prevalence of disability increases with the age; it was bigger in women and in the people who have less than 3 years of instruction. In all three groups of disability studied, the prevalence to the handicapped in some chronic diseases was grater comparing to the not-disability ones. Among VD, 18.94% needed regular medical assistance; among the HD, 15.38%; among PD, 57.16%. The main cause of all disabilities was the disease itself. More PD had told one or more hospitalization and minor use of odontological services. Lesser prevalence of breast examination between HD and PD, and prostate examination among the PD; and bigger drug consumption compared with the not-disability. **Conclusion.** The disabilities increased according to the age, were more prevalent in women and people with lesser years of study, being the diseases its main cause. The VD was the most prevalent comparing to the other three disabilities. The HD and the PD had been more prevalent among men. Among VD and HD had been found more morbidity in the 15 days before the interview. There was more chronic illness among handicapped comparing to the not handicapped. The PD were the most needed in terms of regular medical assistance. Specific health politics must be extended and others created in order to taking care of handicapped health necessities.

Key words: Health Profile; Disability; Health Surveys; Health Services; Drug Utilization.

1. Introdução

A questão da população portadora de deficiências acompanha a humanidade desde sua gênese, estando presente entre todos os povos. Nesse sentido, SILVA (1987) nos traz valiosos exemplos em sua obra de quanto a história da humanidade é permeada por deficientes. Este autor nos traz registros de pessoas deficientes desde os mais remotos tempos, passando pelas mitologias grega e romana e chega até os dias atuais, descrevendo, como o próprio nome de sua obra, “A Epopéia Ignorada dos deficientes ao longo dos tempos”. Esses indivíduos, os deficientes, passaram a receber maior atenção a partir da II Guerra Mundial. Esse fato decorre da volta dos veteranos de guerra, que mutilados e desprezados como combatentes, voltavam a seus lares com deficiências diversas causadas por ferimentos de guerra (SACI, 2004). Atualmente, a questão dos deficientes na sociedade e sua inclusão social têm recebido atenção especial em diversos países. Isso se deve em grande parte aos movimentos surgidos para a defesa dos deficientes e reconhecimento de seus direitos.

1.1. Definições

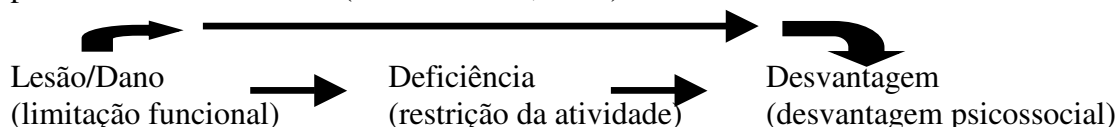
O conceito de deficiência ainda não foi bem estabelecido uma vez que há muitas discussões e conceitos divergentes acerca do assunto. Em 1989, a OMS publicou por meio do Secretariado Nacional de Reabilitação, a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças, também conhecido como CIDID ou ICDH (PORTUGAL, 1989). A referida publicação trouxe novas luzes sobre a definição dos termos: doença, deficiência, incapacidade e desvantagem. Estes acontecimentos se processariam como na seqüência apresentada a seguir (AMIRALIAN et al, 2000):

Doença ou Distúrbio → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem

De acordo com este modelo, um estado patológico inicia o processo, ocasionando a deficiência ou anormalidade em um órgão ou estrutura e o aparecimento de disfunções orgânicas. Por conseqüência, as habilidades funcionais do indivíduo podem se apresentar

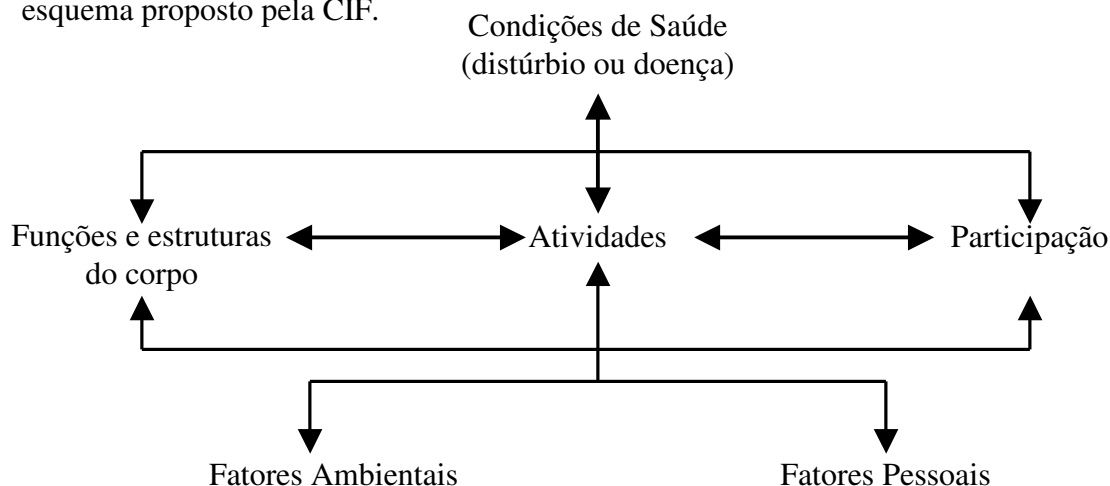
modificadas, essas alterações representam a *incapacidade*. A *desvantagem* surge da limitação que a incapacidade proporciona ao deficiente.

Porém, existe outro diagrama proposto por SHAAR et al. para explicar o mesmo processo mostrado acima (SHAAR et al., 1994).



O modelo acima faz referência a três fases que não necessariamente ocorrem em seqüência. O fator desencadeante do processo pode levar diretamente à *desvantagem* sem ter que provocar uma *deficiência*.

Já a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a CIF (OMS, 2004) propõe uma nova visão da questão do processo da deficiência. Essa obra apresenta focos diferentes quando comparada com a CIDID ou com a ICIDH 2, a última versão desse documento. A CIF mostra novas inter-relações entre funcionalidade e incapacidade, uma vez que se considera como deficiência a não-funcionalidade da pessoa, que parece ser a abordagem mais indicada para o problema. Abaixo podemos observar o esquema proposto pela CIF.



Nesse diagrama a funcionalidade de um indivíduo em um domínio específico é uma interação ou relação complexa entre estado ou condição de saúde e fatores contextuais (ambientais e pessoais). Nesse esquema há interação dinâmica entre os fatores

componentes, ou seja, intervenções em um elemento têm potencial para modificar um ou mais dos outros elementos do sistema. Porém, a própria CIF deixa claro que quaisquer esquemas que demonstrem as inter-relações implicadas no processo de instalação da deficiência são incompletos (OMS, 2004).

A CIDID (OMS) (PORTUGAL, 1989) trouxe algumas definições a respeito dos conceitos de deficiência, porém, recentemente, a CIF (OMS, 2004), adicionou novos conceitos sobre o tema e reformulou outros, abrangendo de forma mais satisfatória o assunto, sendo do momento de seu lançamento em diante, o principal documento de referência na área.

Deficiência: segundo a CIDID (PORTUGAL, 1989) é a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão. Porém, a definição mais atual preconizada pela OMS (2004) na CIF, seria a de que as deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou uma perda.

Incapacidade: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária, segundo a CIDID (PORTUGAL, 1989). No modelo atual, da CIF (OMS, 2004) este termo foi substituído pelo termo *limitação da atividade*, que tem por significado “dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução das atividades. Uma limitação de atividade pode variar de um desvio leve a grave em termos da quantidade ou da qualidade na execução da atividade comparada à maneira ou extensão esperada de pessoas sem essa condição de saúde” (OMS 2004).

Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência, segundo a CIDID (PORTUGAL, 1989).

Restrições de participação: são problemas que um indivíduo pode enfrentar no envolvimento nas situações da vida. A presença da restrição de participação é determinada pela comparação entre a participação individual com aquela esperada de um indivíduo sem deficiência naquela cultura ou sociedade (OMS, 2004). Esse conceito substitui o termo *limitação* usado anteriormente pela OMS.

Além dessas novas definições, a CIF trata a questão das deficiências com uma abordagem mais otimista, ante a visão negativa que tinham os outros manuais (FARIAS et al., 2005).

O conceito de *desvantagem (handicap)* está entre os mais discutidos. SHAAR et al. (1994) discutem o tema em seu artigo e se aproximam da definição de que a desvantagem estaria mais ligada a fatores psicossociais conseqüentes de doença crônica e condições incapacitantes. Este autor dá especial ênfase ao aspecto psicológico e social da desvantagem causada pela deficiência.

Para se ter idéia de quanto a discussão sobre o tema deficiência é controverso, HARRIS (2000) não aponta relação direta de fatores sociais e incapacidades. Em outro estudo, KOCH (2001), entretanto discorre sobre o envolvimento dos fatores físicos e sociais no processo incapacitante ou de instalação da deficiência.

Outro pesquisador, DEVLIEGER (1999), traz apontamentos sobre a importância do significado cultural da deficiência. Esse autor diz que o termo “deficiência” carrega uma idéia de negativismo que prejudica o deficiente. A OMS tratou de diminuir o impacto dessa negatividade que o termo deficiente carrega tendo o cuidado de preparar a CIF de maneira a minimizar essa abordagem (FARIAS et al, 2005).

JONES (2001) faz uma abordagem sobre os termos *impairment*, *disability* e *handicap*, ressaltando a importância de sua definição e a importância das discussões sobre o

tema. DEVLIEGER (1999) diz que nos Estados Unidos essas definições têm diferentes significados e trazem consigo “pesos” desiguais quando faladas; essa diferenciação é atribuída a fatores ligados à cultura de cada região.

Segundo SHAAR et al.(1994) existem alguns conceitos sobre o termo *handicap* que já foram utilizados antes de 1980, ano em que surge a CIDID ou ICIDH. Essas definições podem ser vistas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Definições do termo *handicap* usadas antes de 1980 (SHAAR et al., 1994).

Ano	Definição
1970	Incapaz de administrar tarefas pessoais e domésticas
1971	Inabilitado para os cuidados pessoais
1975	Inabilitado para o trabalho ou problemas no lazer ou atividades sociais
1976	Tem problemas na vida diária: problemas no trabalho; problemas de dinheiro; problemas sociais e de relacionamento familiar, ocupacionais e lazer
1976	Dificuldade de reconhecer necessidades do trabalho e necessita de ajuda com autocuidado e outras atividades diárias
1979	As circunstâncias que envolvem uma pessoa com desvantagem envolvem trabalho, ocupação, renda e bens, condições de moradia e sentimentos subjetivos de privação.

Fonte: Adaptado de SHAAR et al.(1994)

LOLLAR et al. (2003) também nos fornecem algumas abordagens sobre o que é deficiência, ressaltando que todos os conceitos gravitam em torno do indivíduo ou da interação do mesmo com o ambiente: (1) a deficiência seria associada a uma lesão ou doença específica, a presença da condição (doença) determinaria a deficiência, percepção freqüentemente usada na área médica; (2) a deficiência estaria associada à limitação nas atividades de vida diária (AVD's) do deficiente, que compreendem tópicos como banhar-se, levantar-se, alimentar-se; (3) por outro lado a deficiência pode ser relacionada à dificuldades sociais como ir à escola ou trabalhar; (4) o conceito mais atual de deficiência, segundo os autores citados acima, seria o de que deficiência é a falta de adaptação entre a pessoa e o meio ambiente.

Os conceitos acima são muito discutidos e discutíveis. A própria OMS ressalta que o conceito de deficiência é muito amplo e inclui mais aspectos que os de transtorno ou de enfermidade; por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência, não um transtorno ou uma enfermidade.

Os criadores da CIDID, algum tempo depois de sua publicação, reconheceram as dificuldades na definição dos termos e atribuíram as discordâncias ao fato de a CIDID ser mais teórica que prática, conforme relatado por SHAAR et al. (1994).

A indefinição no conceito de deficiência traz ainda problemas para a saúde pública. Uma vez que sem ter um marco teórico que explicita o que é deficiência, poucas ações ou políticas de saúde podem ser instituídas para essa população (LOLLAR et al., 2003). NORDENFELT (1997) ressalta a carência de termos técnicos e classificações para serem usados pelas instituições de saúde e pesquisadores.

No Brasil, SANTOS JR et al. (1989), discutiram essas inadequações de termos, ressaltando a dificuldade de se desenvolver estudos de prevalência e, quando levados a cabo, ainda há a impossibilidade de comparações por conta dos diferentes padrões usados.

No caso do presente estudo a deficiência foi auto-relatada. A pergunta formulada foi: “o Sr(a) tem alguma deficiência?” e, quando a resposta não correspondia à alguma das alternativas listadas no questionário (Anexo 1), poderia ser classificada como “outras”.

1.1.1. Deficiência auditiva

O decreto lei número 3.298, de 20 de dezembro de 1989, define a deficiência auditiva como sendo “*Perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando em graus e níveis*”.

A graduação da deficiência auditiva tem a seguinte distribuição, vista no quadro 2, adiante:

Quadro 2: Graduação da deficiência auditiva segundo SACI (2004)

Classificação	Diminuição da audição
Audição normal	Diminuição de até 15dB
Deficiência auditiva suave	Diminuição de 16 a 25dB
Surdez leve	Diminuição de 26 a 40dB
Surdez moderada	Diminuição de 41 a 55dB
Surdez moderadamente severa	Diminuição de 56 a 70 dB
Surdez severa	Diminuição de 71 a 90dB

1.1.1.1. Causas da deficiência auditiva

Destacam-se como principais causas da deficiência auditiva: idade avançada, desordens hereditárias, doenças metabólicas, ingestão de medicamentos ototóxicos, trauma, exposição a barulho excessivo, neoplasmas, histórico de infecções, lesões vasculares e doenças degenerativas (FOOK et al., 2000; SACI, 2004; CRUICKSHANKS et al., 2003).

E NOMURA et al. (2005) sugerem que exista associação positiva entre tabagismo e perda auditiva.

1.1.2. Deficiência Visual

A deficiência visual se classifica em baixa visão (também conhecida como visão subnormal ou dificuldade visual) e cegueira. A Sociedade Brasileira da Visão Subnormal define esse tópico como sendo: *”comprometimento do funcionamento visual, mesmo após tratamento e/ou correção de erros refracionais comuns, com acuidade visual inferior a 20/60 (6/18, 0.3) até percepção de luz ou campo visual inferior a 10 graus do seu ponto de fixação mas que utiliza ou é potencialmente capaz de utilizar a visão para planejamento e execução de uma tarefa“*(LEAL, 2005).

A cegueira é definida pela American Foudantion of Blind (SACI, 2004) como “a acuidade visual de 6/60 ou menos no melhor olho com correção apropriada, e uma restrição do campo visual menor que 20 graus“.

1.1.2.1. Causas da Deficiência Visual

Estudos detectaram como principais causas da cegueira a catarata (KORTLANG et al., 1996; WHITCHER et al., 2001; ZAINAL et al., 2002), o tracoma, o glaucoma (HOSNI, 1977; MEDINA et al., 1993; DINEEN et al., 2003; MELESE et al., 2003), a coriorretinite, a retinopatia diabética, traumas oculares, ambliopia e atrofia óptica (THYLEFORS et al., 1995; ESTEVES et al., 1996; DANDONA et al., 2001; TAYLOR, 2001; WHITCHER et al., 2001; KHANDEKAR et al., 2002; MUÑOZ et al., 2002). Cita-se ainda a opacidade da córnea (TABBARA, 2001; MUÑOZ et al., 2002; DUNZHU, 2003) e as infecções nos recém nascidos como causa da cegueira ou da dificuldade visual (SACI, 2004). Erros refrativos também são relatados por DANDONA et al. (2001); TABBARA (2001); MUÑOZ et al. (2002) e ZAINAL et al. (2002) como causas da cegueira ou deficiência visual. A deficiência de vitamina A é, ainda, descrita por CUNNINGHAM (2001), como a causadora de deficiência visual e cegueira.

1.1.3. Deficiência Física

No Brasil, em 2001, a portaria nº 298 de 9 de agosto, estabelece que deficiência física é a "Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física".

1.1.3.1. Causas da Deficiência Física

As deficiências físicas podem ser causadas por fatores como patologias, causas externas e outros.

No caso das deficiências físicas diversas podem ser as doenças que levam à paralisia ou à perda de um membro. Citam-se o diabetes com suas patologias associadas e os problemas circulatórios como exemplos de moléstias que podem levar à perda de membros ou órgãos. Nas ocorrências de paralisias temos como principais causadores os transtornos perinatais e congênitos, as enfermidades crônico-degenerativas, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outras patologias do sistema nervoso central como a lesão medular traumática (GUYTON et al., 1997). Além dessas, a artrite é apontada por ANDRESEN et al. (1999) como causa de deficiência física, à medida que pode causar paralisia de membros.

Com relação às causas externas, essa modalidade de ocorrência agrupa vários determinantes de deficiência: os acidentes automobilísticos, de trabalho (CASSOU et al., 1997), quedas acidentais, ferimentos por arma de fogo (FAF), ferimentos por arma branca, (facas e similares) são freqüentes e levam a seqüelas quase sempre irreversíveis (GUYTON et al., 1997).

Existem ainda deficiências que são causadas por outros agravos relacionados à saúde, entre eles estão o consumo de álcool (EL-KHATIB, 1994; GUYTON et al., 1997; EBRAHIM et al., 2000); tabagismo, obesidade, sedentarismo (EBRAHIM et al., 2000) e uso de drogas, além das deficiências ocasionadas pela desnutrição (GUYTON et al., 1997).

1.2. Principais patologias que acometem os deficientes

Os pacientes portadores de deficiência são um grupo de risco para o desenvolvimento de alguns tipos de moléstias específicas. Por terem alterações fisiológicas e biológicas nas funções circulatórias, musculares e no sistema nervoso os pacientes portadores de deficiências estão expostos a uma série de moléstias que debilitam ainda mais sua saúde. As infecções urinárias são freqüentemente verificadas em deficientes paralíticos sem controle do anel detrusor da bexiga. O mau funcionamento dessa estrutura muscular anatômica provoca refluxo ou esvaziamento incompleto da bexiga e fornece meio de crescimento a bactérias patogênicas (GUYTON et al., 1997; DETELS et al., 2004). Também são relatados problemas com o trânsito intestinal causados pelo tempo prolongado de imobilidade (DETELS et al., 2004).

Como estes pacientes têm déficit de sensibilidade nos membros afetados, as escaras ou úlceras de decúbito são freqüentes em doentes que permanecem mal posicionados durante o dia, chegam a quadros mórbidos graves e causam grande incômodo aos pacientes (LIANZA, 1995). DETELS et al. (2004) também relacionam a imobilidade como fator causador de complicações do tipo das escaras.

Os portadores de deficiências físicas mais graves são também mais susceptíveis a doenças respiratórias (pneumonias, asma, etc). Isso se deve a fatores como a drenagem ineficiente das secreções pulmonares e a baixa mobilidade da caixa torácica (GUYTON et al., 1997).

As carências nutricionais também merecem especial atenção, uma vez que muitas vezes os deficientes não têm condições de prover boa alimentação e dieta adequada sem ajuda de outras pessoas (DETELS et al., 2004).

Os deficientes visuais, auditivos e físicos são, indiretamente, propensos a desenvolverem desordens depressivas mais facilmente do que pessoas não-deficientes. Isso estaria relacionado à diminuição da mobilidade da pessoa e ao processo de instalação da deficiência (FARMER et al., 1988; BRUCE et al., 1994; PRINCE et al., 1997; STEIN et al., 2000; CUMMINGS et al., 2003). A relação do aumento da incidência de depressão com o avanço da idade parece ser verídica (FARMER et al., 1988; BRUCE et al., 1994; PRINCE et al., 1997; PENNINX et al., 1999; KIVELÄ et al., 2001; JIANG et al., 2004).

1.3. Cuidados com a saúde do deficiente

Diante do quadro de doenças apresentado resumidamente acima, percebe-se que o deficiente é um paciente que necessita de constantes cuidados com a sua saúde. Esses cuidados devem ser direcionados às moléstias específicas que podem acometer os indivíduos com algum tipo de deficiência.

A vida de uma pessoa acometida por deficiência se altera consideravelmente, qualquer que seja a deficiência. Assistência e ajuda para desempenho de atividades antes comuns como vestir-se ou alimentar-se passam a representar grandes obstáculos. Cuidados especiais devem ser direcionados aos aspectos nutricionais, mobilidade do paciente, alimentação, trânsito intestinal, incontinência, à comunicação com outras pessoas, higiene oral, entre outros (DETELS et al., 2004).

Episódios de internações hospitalares se fazem presentes periodicamente, ocasionados por moléstias proporcionadas pelo seu estado de paralisia ou devido a descuidos com seu posicionamento.

As sessões de fisioterapia são um serviço imprescindível à melhora ou manutenção do quadro de um paciente. Caso não sejam feitas, ou as instruções dadas pelo profissional de fisioterapia não sejam seguidas, formam-se contraturas e deformidades irreversíveis, contribuindo para a deterioração da qualidade de vida desse paciente (LIANZA, 1995).

O deficiente também necessita de transporte adequado e adaptações para se locomover de um ponto ao outro sozinho, já que nem sempre este pode contar com a ajuda de outras pessoas (LAWTHERS et al., 2003).

Como este grupo de pessoas está mais exposto a certas doenças, exames periódicos devem ser feitos para acompanhamento do seu estado geral e detecção precoce de possíveis agravos à saúde (LIANZA, 1995).

1.4. Dificuldades encontradas pelos deficientes

Por serem diferentes da população em geral, os deficientes enfrentam barreiras a serem transpostas na sociedade. LIPSON et al. (2000) relatam que nos USA os deficientes

são uma minoria exposta a restrições no acesso à educação e bem estar, são estigmatizados e marginalizados por outras pessoas em sua comunidade.

Mesmo que tenha um perfil de saúde que necessite maior atenção, os deficientes têm algumas dificuldades para acessar os serviços de saúde necessários. LAWTHERS et al. (2003) citam quatro principais:

Barreiras físicas e de transporte.

Acesso limitado a equipamentos e tecnologia de assistência.

Limitação ao acesso a medicações e especialistas.

Dificuldade no acesso a atendimento de cuidados pessoais.

1.5. Estatísticas sobre deficiências

A OMS prevê que 2% da população total sejam de deficientes, porém, não se tem estimativas seguras sobre este número no mundo (SACI, 2004).

Um estudo feito na Holanda com 62.352 pessoas, PICAVER et al. (2002), encontraram uma frequência de 12,5% da população estudada apresentando algum tipo de deficiência, seja ela visual, auditiva ou física. YADAV (2001) realizou estudo em Singapura com uma população de 1209 idosos e concluiu que mais da metade deles apresentavam algum tipo de deficiência.

Com relação à deficiência auditiva, WILSON et al. (1999) estudaram 9.027 pessoas maiores que 15 anos na Austrália e concluiu que 16,6% dos indivíduos estudados possuíam algum comprometimento auditivo. COHEN-MASFIELD et al. (2004), em um estudo nos EUA, analisaram a frequência de déficit auditivo em idosos que faziam uso dos serviços de “*home care*” e encontrou uma prevalência de 38,7% deste acometimento.

Sobre a deficiência visual, THYLEFORS et al. (1995) relatam que a prevalência de cegueira na Índia seria de 1,0%; na China de 0,6%; 1,4% na África Sub-Saariana e 0,5% na América Latina e Caribe.

Na Arábia Saudita, TABBARA et al. (1986) apontam as prevalências de 1,5% de cegueira e 7,8% de dificuldade visual. Em uma amostra de 12.644 pessoas estudadas por DUNZHU (2003) no Tibet, foi encontrada uma prevalência de 2,3% de cegueira e de 10,9% de dificuldade visual. BREZIN et al. (2005) encontraram prevalências de 1,6% para a cegueira total e de 13,4% de visão subnormal.

HERMANOVA (1987), relata uma taxa de 10% de prevalência de deficiência física na população mundial.

Em estudo realizado em Calcutá, Índia, foi encontrada uma prevalência de 10,1/1000 de deficientes em uma amostra de 35.266 pessoas. A pesquisa foi realizada nos anos de 1980-81 e analisou um total de 7.292 famílias (GHOSH et al., 1984).

Outro estudo, realizado em Londres, em uma população entre 35 e 74 anos, encontrou prevalência de doenças crônicas e incapacidades de 7,2% para homens e 9,7% para mulheres. Dez anos depois, na mesma região londrina, registrou-se uma prevalência de 15,4% de incapacidades na população maior de 16 anos. Na Colômbia encontrou-se prevalência de invalidez de 5,55% para classes sociais mais baixas e de 3,5% na média alta (SANTOS JR et al., 1989).

1.6. Implicações Legais da Deficiência

A questão do deficiente ganha espaço a cada dia no cotidiano das pessoas pelo mundo. Tudo começou por volta do final de 1960, quando grupos de deficiente começaram a ser formados e organizados para a tentativa de mudanças sociais, alguns desses movimentos englobavam também protestos contra a guerra. No Reino Unido, em 1970, já existiam grupos como o “Union of Physically Impaired Against Segregation” e o “The British Council Disabled Persons”. Nos Estados Unidos, em 1970, havia o “Independent Living Movement”, o “American Coalition of Citizens with Disabilities” e o “Paralyzed Veteran of America”. Recentemente e ainda nos EUA pode-se citar o “Americans Disabled for Attendant Programs Today” o ADAPT. No Canadá registra-se o “Coalition of Provincial Organizations of the Handicapped”, em 1976 (LAWTHERS et al., 2003).

Um marco histórico foi o “Americans with Disabilities Act (ADA)”, nos Estados Unidos, em 1991. Este documento definiu quatro metas a serem alcançadas pelos deficientes (SMITH, 2000):

1. Igualdade de oportunidades;
2. Participação total;
3. Vida independente;
4. Auto-suficiência econômica;

O ADA trouxe novas luzes sobre a questão dos deficientes e uma grande inovação ao estabelecer que deficiente não é só a pessoa com dificuldades ou limitações das atividades diárias e no movimento; mas também as que já tiveram deficiência e aquelas sujeitas à discriminação por causa de sua aparência externa (YODA, 2002).

Os direitos dos deficientes são os mesmos de qualquer outro cidadão. Porém, essas pessoas têm outras necessidades, pela sua própria condição, que devem ser levadas em conta sob pena de permanecerem excluídas do convívio social (CASCAVEL, 2003).

Antes do ADA, a Itália, em 1971 (Lei 118) e 1977 (Lei 517), instituiu leis que determinavam atendimento de enfermagem e escolarização adequada aos deficientes. Também a Inglaterra, em 1981, já tinha leis de integração social e educacional do deficiente (NORTHWAY, 1997).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 já trazia garantias para a integração social das pessoas com deficiências (BRASIL, 1988). A Carta Magna assegura, em vários artigos, os seguintes direitos (CASCAVEL, 2003):

- Direito de acesso e locomoção, com eliminação das barreiras arquitetônicas (arts. 227, § 1º, II e § 2º e 244);
- Atendimento educacional e de saúde especializados (art. 208, III e 23, II);
- Integração social (24, XIV e 203, IV);
- Garantia de admissão em cargos públicos (art. 37, VII)
- Benefício mensal àqueles que não possuem, por si ou por sua família, meios de prover a própria manutenção (art. 203, V);
- Proibição de discriminação quanto a salário e critérios para admissão do trabalhador portador de deficiência (art. 7º, XXXI);

A lei federal nº 7.853/89 dispõe sobre a integração social da pessoa com deficiência: ela determina o tratamento prioritário e adequado na área da educação, saúde, formação profissional e do trabalho, recursos humanos e edificações; também dispõe sobre a CORDE (Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência). Essa lei foi regulamentada pelo Decreto nº 3.298/99 (CASCAVEL, 2003).

Há citações específicas quanto às crianças deficientes no Estatuto da Criança e do Adolescente sobre tratamento e reabilitação das mesmas, pela lei nº 8.069/90 (CASCAVEL, 2003).

Com relação ao trabalho, a lei nº 8.213/91 disciplina a reserva de vagas para deficientes nas empresas privadas (CASCAVEL, 2003).

A lei Orgânica da Assistência Social, de nº 8.742/93, art. 2º, inclui entre os objetivos da assistência social a habilitação e a reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, bem como garantias de renda mensal a deficientes (CASCAVEL, 2003).

Há ainda o Estatuto do Deficiente, que trará maior amparo legal para os deficientes. O referido documento já existe e é elogiado por uns e criticado por outros. Os elogios ficam por conta de ser uma sistematização de quase todas as leis existentes no Brasil. As críticas são feitas em cima da não-participação efetiva de profissionais da área de reabilitação e dos próprios deficientes no processo de elaboração, não trazendo benefício efetivo para os necessitados, é apenas uma compilação de leis que, como muitas outras, não são cumpridas no Brasil.

1.7. A saúde pública e a deficiência

O campo da saúde pública passa por reformulações nos últimos tempos. Essas reformulações visam a adequação da Saúde Pública às diversas características provenientes dos fatores temporalidade, geografia, economia e sociedade, entre outros (BETTCHER et al., 1998). As mudanças proporcionadas por essa reformulação gravitam em torno de temas como a redefinição do papel da Saúde Pública e da operacionalização dos conceitos que dão fundamento a ela. Esses conceitos seriam as funções essenciais da Saúde Pública (MUÑOZ et al., 2000).

No artigo de MUÑOZ et al. (2000) ficam claros os objetivos da Saúde Pública, que são a prevenção de epidemias e da propagação de enfermidades, a proteção contra os danos ambientais, a prevenção dos danos à saúde, a promoção e fomento de condutas saudáveis, resposta a desastres e assistência a comunidades atingidas e a garantia de qualidade e de acessibilidade aos serviços de saúde. BETTCHER et al. (1998) ressaltam ainda a monitorização da situação de saúde, a proteção ao meio ambiente, legislação e regulação em saúde pública, os cuidados com populações vulneráveis e de risco, entre outros. A OPAS (2004) traz ainda como funções da saúde pública a garantia e o melhoramento da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos e desenvolvimento e capacitação de

recursos humanos em saúde. Outros estudiosos do assunto SEGURA et al. (2003), nos informam que a saúde pública tem como objetivos informar, educar e facilitar o controle da população sobre sua saúde, desenvolvendo programas e serviços sanitários e reduzindo as desigualdades, gerindo a saúde com ética, além de outros já citados anteriormente.

Nesse contexto de mudanças de conceitos e redirecionamento de políticas, o campo da saúde pública tem dado pouca atenção às deficiências. Parte dessa desatenção da saúde pública em relação à questão das deficiências justifica-se pela característica de redefinição de valores a que ela está sujeita na atualidade. Outro fator a ser considerado é que também o campo das deficiências passa por mudanças. Tanto que a OMS lançou a CIF, a Classificação Internacional de Incapacidades, Funcionalidades e Saúde, obra de grande valia, que tem como uma de suas finalidades normatizar questões no campo das deficiências visa a padronização de definições para facilitação na comparação de estudos, melhorando a definição do objeto de estudo.

Essas indefinições nos campos de saúde pública e deficiência geraram a aparente desatenção das autoridades em saúde para com o problema.

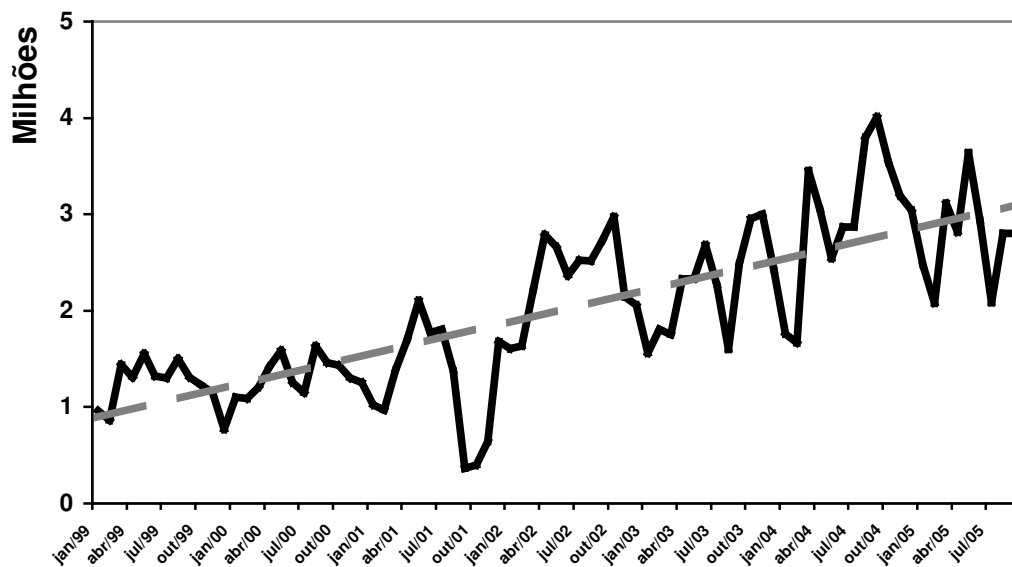
Também LOLLAR et al. (2003) apontam uma lentidão por parte da saúde pública em criar políticas de saúde e campanhas para essa população. Entretanto os autores relatam como principal razão para explicar essa certa “lentidão” no atendimento o fato de que a ênfase tradicional da saúde pública seria para a redução da morbidade e da mortalidade, enquanto as políticas para os deficientes predominantemente à prevenção de condições associadas à deficiência.

Com relação à promoção da saúde dos deficientes, destaca-se o uso de serviços adequados às necessidades de saúde inerentes a essas pessoas; iniciativas de promoção de saúde da população em geral devem incluí-los em projetos específicos para a promoção de saúde que devem ser criados exclusivamente para os deficientes (TOWNSEND, 1998).

Outro importante aspecto a ser abordado é o da Previdência Social. Segundo dados do próprio Ministério da Previdência Social (2006), o gasto com o amparo social concedido aos deficientes aumentou de R\$962.260,00 em janeiro de 1.999 para R\$2.802.088,00 no mês de setembro de 2005, ou seja, um aumento de 191,19%. No Gráfico 1, apresentado a seguir, acompanhamos a evolução do gasto total destinada a benefícios para os deficientes,

nos anos de 1999 até setembro de 2005. Nesse gráfico percebe-se a tendência de aumento ao longo do período.

Gráfico 1: Distribuição dos Amparos Assistenciais, em milhões de Reais, concedidos a deficientes no Brasil, de janeiro de 1999 a setembro 2005.



Fonte: Boletim Estatístico da Previdência Social.

Chama a atenção o fato de que no período relativo aos dados do Gráfico 1, verificou-se uma média de gasto mensal com os benefícios para os deficientes da ordem de R\$2.344.931,65 ao mês. Segundo o DFID (2000), 50% das deficiências são preveníveis e ligadas à pobreza. Então, chega-se facilmente a conclusão de que se a questão das deficiências fosse tratada com a devida atenção, a Previdência Social economizaria algo em torno de R\$1.172.465,83 ao mês. O que resultaria uma economia de R\$80.900.141,93 no período de janeiro de 1999 a setembro de 2005. Evidente que mesmo se todos os esforços fossem feitos a quantia economizada poderia não ser exatamente essa, uma vez que tratamos acima de uma situação ideal, porém, os números apresentados nos fornecem um indicativo do que poderia render o adequado tratamento da questão.

1.8. Inquéritos Domiciliares

Mensurações sobre o estado de saúde são um importante e constante elemento de debate para definição de políticas e planejamento de saúde. Constitui, ao lado dos custos,

eficácia e efetividade e do conhecimento técnico-científico acumulado, uma das bases para definição de prioridades. Estas mensurações podem ser feitas, entre outras formas, por inquéritos de saúde.

Os inquéritos de saúde de base populacional encontram-se em ampla aplicação em diversos países. Têm apresentado abrangência diversificada, seja quanto aos problemas de saúde incluídos, quanto a subgrupos populacionais envolvidos ou quanto à amplitude geográfica. A revisão de algumas das mais recentes investigações é suficiente para indicar a oportunidade, a variedade de aplicações e a atualidade dos inquéritos de saúde de base populacional (WHITE, 1985; CAMPOS, 1993; FAPESP, 2001; KELSEY, 1996; LEBRÃO et al., 2003; ALVES, 2002; VIACAVA, 2002).

Essa modalidade de estudo vem cada vez mais se consolidando como elemento fundamental no processo de planejamento, principalmente nos países desenvolvidos. Uma contribuição única dos inquéritos, com base populacional, é permitir o conhecimento dos problemas de saúde da parcela da população que não tem acesso aos serviços, o que é impossível por meio dos estudos de demanda, ou seja, por meio dos registros dos pacientes atendidos nas diversas instituições de saúde (CESAR et al., 1996a; CESAR et al., 1996b; CESAR, 1997; CESAR et al., 2001; GOLDBAUM, 1998; KROEGER, 1983; SMITH, 1990; CESAR et al., 2005).

Especificamente em relação aos estudos sobre as deficiências físicas, auditivas e visuais, COLODEY et al. (1982) ressaltam a importância dos inquéritos domiciliares para o estudo destes tipos de eventos em saúde. Neste trabalho o pesquisador relata alguns fatores que contribuem para uma boa utilização dos inquéritos como metodologia de pesquisa. Esses fatores seriam: (a) boa detecção das deficiências; (b) deficiências específicas podem ser pesquisadas e identificadas na prática; (c) inclusão ou exclusão de deficiências “menores” na investigação; (d) o foco da pesquisa pode ser as deficiências por perdas funcionais ou estruturais; e (e) saber como, onde e por quem a informação é coletada (COLODEY et al., 1982).

Outra pesquisadora, CHAMIE (1989), nos chama a atenção para a questão da investigação das deficiências por meio de inquéritos. Em sua pesquisa ela aponta esses estudos como bons instrumentos de pesquisa desde que bem planejados e bem conduzidos, citando exemplos sobre o tema, feitos no mundo inteiro. Outros pesquisadores, PICA-VET

et al. (1996), ressaltam que dependendo da maneira como os dados do inquérito são coletados pode haver diferenças substanciais nos resultados finais do estudo.

Em seu artigo, GORTER (1993), também faz menção à importância dos inquéritos no estudo das incapacidades, porém o autor deixa claro que adaptações devem ser feitas quando os mesmos têm como alvo as crianças.

Existem algumas razões para se pesquisar o tema “deficiências”. VERBRUGGE et al. (1994), apontam duas que julgam de suma importância. A primeira delas seria que a medicina contemporânea detecta e trata as doenças de maneira eficiente, porém, não consegue adicionar qualidade à vida do paciente. A segunda razão seria que a proporção de mulheres idosas tem aumentado ao longo dos tempos e a prevalência de deficiências no sexo feminino pode ser maior em relação ao sexo masculino.

A identificação do perfil de saúde e do padrão de acesso aos serviços de saúde dos deficientes, na pesquisa em questão, poderá fornecer subsídios para as políticas públicas voltadas para este grupo, visando a concreta implementação e melhoria dessas políticas.

A definição do perfil do portador de deficiência poderá evidenciar a verdadeira face dessa população. Esses dados poderão nortear a assistência a essas pessoas, otimizando gastos e melhorando serviços.

2. Objetivo

2.1. Objetivo Geral

Descrever a prevalência de deficientes e suas características.

2.2. Objetivos Específicos

Descrever as prevalências de deficientes segundo características demográficas e sócio-econômicas.

Descrever e comparar, entre deficientes e não-deficientes, as prevalências de morbidades agudas, crônicas e Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Estudar e comparar o tabagismo e alcoolismo entre os deficientes e os não-deficientes.

Avaliar e comparar a utilização de serviços de saúde pelos deficientes, por meio dos dados de hospitalizações nos últimos 12 meses, consumo de medicamentos e consultas médicas e odontológicas.

Discutir as informações obtidas na pesquisa no contexto das políticas públicas de saúde para os deficientes.

3. Material e Métodos

3.1. Delineamento geral

Estudo de corte transversal e base populacional, com uso de questionários aplicados por meio de entrevistas domiciliares.

3.2. Definição dos Casos

Foram estudados na presente pesquisa os entrevistados que referiram algum tipo de deficiência auditiva, visual ou física, por meio da questão abordada na pergunta E02 do questionário aplicado pelo entrevistador (Anexo 1). Para efeitos de comparação será considerado como não-deficientes os indivíduos que responderam negativamente à essa questão.

3.3. Áreas de estudo

O estudo utiliza dois bancos de dados de dois inquéritos de saúde de base populacional, o “Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo *ISA-SP*”, financiado pela FAPESP, no Programa de Pesquisas em Políticas Públicas (FAPESP, 2001) e que teve como parceira a Secretaria Estadual de Saúde; e o “Inquérito de Saúde no Município de São Paulo *ISA-Capital*”, financiado pela Secretaria Municipal de Saúde. A presente pesquisa abrangeu quatro áreas do Estado de São Paulo, duas na Grande São Paulo e duas no interior do Estado. Na Grande São Paulo foram estudadas a cidade de São Paulo (*ISA-Capital*) e uma área formada por três municípios da região sudoeste, Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra, referida na pesquisa como Grande São Paulo (“GSP”) e estudadas como se fossem uma só área (*ISA-SP*). No interior foram estudados os Municípios de Botucatu e de Campinas (*ISA-SP*).

A pesquisa na capital foi feita no ano de 2003, e nos demais municípios, Botucatu, Campinas, Itapeverica da Serra, Embu e Taboão da Serra, em 2002. A distribuição dos municípios segundo estudo se encontra no Quadro 3.

Devido às diferenças inerentes a cada área elas serão, sempre que possível, estudadas separadamente.

Quadro 3: Municípios estudados nos inquéritos ISA-SP e ISA-Capital, 2002 e 2003.

ISA-SP (2002)	ISA-Capital (2003)
Itapecerica da Serra, Embu e Taboão da Serra Campinas Botucatu	São Paulo

3.3.1. Botucatu

Uma cidade fundada em 1855, localizada no centro-sul do estado de São Paulo, distando 247 km da capital, com área de 1.482,87 km². Sua população estimada para 2005 soma um total de 117.305 habitantes, tem densidade demográfica de 79,10 hab/km². O município apresenta uma taxa de analfabetismo de 5,61%. Tem uma cobertura de abastecimento de água de 98,63% das residências; esgoto 94,13% e lixo 98,41% (SEADE, 2005). A saúde, em 2003, contava com uma porcentagem de 5,06 leitos do SUS por habitante e 13 Unidades de Atenção Básica de Saúde, com um total de 39 estabelecimentos de saúde entre públicos e privados (IBGE, 2004).

Sua economia se baseia no setor de serviços, que concentrou, no ano de 2002, quase 40% do PIB de R\$ 1.153.226 mil. Em segundo lugar, a principal atividade econômica é o setor de indústrias, com quase a mesma importância do setor de serviços. A pecuária vem em terceiro lugar em importância para a economia da cidade de Botucatu (SEADE, 2005).

A cidade também se destaca por abrigar um campus da Universidade Estadual Paulista, que tem diversos cursos na área biológica, com ênfase para a área da saúde, no qual se destaca o curso de medicina.

3.3.2. Campinas

Fundada há 227 anos, com localização estratégica entre rotas para o interior do estado, a cidade de Campinas situa-se entre importantes rodovias que proporcionam grande fluxo de comércio, serviços e produtos. A projeção da população para 2005, segundo o IBGE é de 1.045.706 habitantes em uma área total de 796 km², com uma densidade demográfica de 1313,7 hab/km². O saneamento básico, segundo a Fundação SEADE em

2000, tem cobertura de 97,30% para água tratada; 86,45% de coleta de esgoto; e de 98,85% de coleta de lixo. Segundo o IBGE, no ano de 2002, havia na cidade um total de 243 estabelecimentos de saúde, contando com uma porcentagem de 1,55 leitos do SUS para cada mil habitantes (SEADE, 2005).

Economicamente, Campinas é marcada pela estruturação de um pólo de alta tecnologia, sobretudo na década de 70, em grande medida impulsionado pela criação e desenvolvimento da Unicamp. Este pólo tecnológico, consolidado nas décadas seguintes, projeta Campinas como um dos mais vigorosos centros econômicos da América do Sul. Tem um PIB de R\$ 10.820.585 mil, este concentrado fortemente no setor de serviços e na indústria.

A referida faculdade atua ainda na área da saúde prestando serviços à comunidade por meio de seus cursos na área da saúde.

3.3.3. Municípios da Grande São Paulo (GSP)

Municípios localizados na região metropolitana da cidade de São Paulo e sofrem grandes influências da metrópole. Essas três áreas foram estudadas como se fossem uma só devido às particularidades de localização (são vizinhas entre si) e à influência recebida por São Paulo.

A cidade de Embu foi fundada em 1959, está localizado a oeste da região metropolitana e entre os outros dois municípios que integram área denominada de GSP, o município de Embu tinha em 2005, 240.037 habitantes, para uma área de 70 km², o que nos dá uma densidade demográfica de 3.429,1 hab/ km². Tem um PIB de R\$ 1.168.948 mil, sendo que o setor de serviços é o mais forte da cidade, que se caracteriza por ser uma estância turística. A cobertura de saneamento básico corresponde a 95,15% para o abastecimento de água; 57,82% para a coleta de esgoto e de 98,46% para a coleta de lixo. A saúde do município de Embu conta com 17 estabelecimentos de saúde, sendo 13 deles públicos. Apresenta ainda um coeficiente de 0,05 leitos do SUS por mil habitantes (SEADE, 2005).

Itapecerica da Serra, fundada em 1877 possui uma área de 151 km². A projeção do IBGE para a população em 2005 é de 157.280 habitantes, com uma densidade demográfica de 1041,58 hab/km². Em 2002 seu PIB foi de R\$ 636.720 mil, que se concentra no setor de

serviços. Segundo a Fundação SEADE, o município tem, em média, 1,64 leitos do SUS para cada mil habitantes. A cidade contava, com 28 estabelecimentos de saúde no ano de 2002, 15 eram públicos (IBGE, 2004). A cobertura de água encanada corresponde a 85,90% da área total, a de esgoto tem uma porcentagem de 24,88% do município coberto e a de coleta de lixo cobre 96,18% da área urbana do município.

Taboão da Serra, fundada em 1959, esta cidade tem, atualmente, 221.176 habitantes distribuídos em uma área total de 20 km², o que nos remete a uma densidade demográfica de 11058,89 hab/ km². O PIB dessa cidade em 2002 foi de R\$ 1.844.020 mil, concentrado mais no setor de serviços e indústria, sem características agropecuárias relevantes na economia. Com relação aos leitos do SUS, Taboão da Serra apresenta em média 1,25 leitos para cada mil habitantes. A porcentagem de cobertura da rede de água é de 98,37%, a cobertura do esgoto é de 84,78% e a de coleta de lixo de 99,41% (SEADE, 2005). O município tinha em 2002 um total de 28 estabelecimentos de saúde, sendo 13 públicos (IBGE, 2004).

3.3.4. São Paulo

Fundada em 1554, São Paulo é a maior cidade estudada e capital do estado. Destaca-se como importante centro industrial, tecnológico e de ensino do Brasil. Tem ainda papel preponderante como rota de chegada e de saída de produtos enviados para todo o país. A projeção do IBGE para a população da cidade de São Paulo é de 10.927.958 habitantes para uma área total de 1.523 km², produzindo uma densidade demográfica de 7.175,28 hab/ km². Conforme o IBGE o PIB dessa cidade foi de R\$ 140.066.059 mil, que se concentra mais no setor de serviços. A Fundação SEADE aponta uma cobertura de 99,42% para a água encanada; 89,01% para o esgoto e 99,46% para a coleta de lixo, todos para o ano de 2002.

Na saúde a cidade apresenta um total de 1.769 estabelecimentos, sendo que desse total, 437 são públicos. Apresenta ainda, 1,54 leitos do SUS por mil habitantes. É preciso ressaltar o papel das instituições públicas de ensino em saúde na prestação de serviços para a população. A cidade conta com diversas faculdades e universidades públicas que são prestadoras de serviços ao SUS e ainda outras entidades de ensino superior privadas que também prestam serviços em saúde para a comunidade.

3.4. Plano de amostragem

3.4.1. ISA-SP

Na amostragem no Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo, ISA-SP os setores censitários foram estratificados segundo três níveis sócio-econômicos que estarão representados na amostra final. Os dados foram extraídos de arquivos fornecidos pelo IBGE, referentes à contagem da população de 1996.

Foram definidos grupos de idade e sexo (domínios amostrais) para os quais serão garantidos números mínimos na amostra que permitam análises estatísticas de melhor qualidade, em cada uma das áreas de estudo.

- Os grupos definidos segundo a idade e o sexo foram:

Menor de 1 ano M e F	1 a 11 anos M e F
12 a 19 anos M	12 a 19 anos F
20 a 59 anos M	20 a 59 anos F
60 anos e mais M	60 anos e mais F

Outra estratificação realizada nos setores censitários foi de acordo com a porcentagem de chefes de família com nível de escolaridade superior com as seguintes categorias: setores com menos que 5% dos chefes com nível superior de escolaridade; 5% a 25%, excluindo-se o 25%, das famílias com chefes com nível universitário; e setores possuindo 25% ou mais de famílias com chefes de escolaridade superior.

Segundo CESAR et al. (1996a): “A definição desses domínios deve-se principalmente ao fato de que alguns subgrupos populacionais, como os menores de um ano e os de idade muito avançada, representem uma proporção muito pequena do total da população e estes são os grupos que normalmente apresentam maiores prevalências de problemas de saúde e freqüentemente procuram mais os serviços de saúde”. No caso do presente estudo é importante avaliar a situação dos idosos, quanto às deficiências físicas. Assim, ao invés de entrevistar-se todos os moradores do domicílio, o que faria com que a amostra tivesse uma estrutura por sexo e idade semelhante à população, foram entrevistados números iguais de indivíduos para cada domínio, garantindo-se assim número suficiente de observações em cada grupo de idade e sexo, com um tamanho de amostra total menor.

O cálculo dos indivíduos a serem entrevistados por domínio foi definido em 200 pessoas, o que indicaria 4800 entrevistas a serem realizadas nas três áreas. Sorteou-se um número maior de indivíduos por domínios (250) prevendo-se perdas. Foram efetivamente realizadas 4959 entrevistas, distribuídas entre as três áreas e os oito domínios em cada uma delas.

3.4.2. ISA-Capital

No Inquérito de Saúde no Município de São Paulo, ISA-Capital, também foram definidos os domínios já citados, assim como os mesmos estratos de setores censitários segundo porcentagem de chefes de famílias com nível de escolaridade superior. Porém, no ISA-Capital, julgou-se necessário uma pós-estratificação de acordo com a escolaridade (anos de estudo) dos chefes dos domicílios, considerando 4 grupos: com menos de 3, de 4 a 7, de 8 a 11 e com 12 ou mais anos de estudo. Essa pós-estratificação visou ajustar a distribuição da amostra, já estratificada pelos pesos apresentados anteriormente, à população observada no Censo-2000. Para isso, foram calculadas as razões entre as proporções de pessoas da amostra do ISA-Capital nos novos estratos criados e as observadas no Censo-2000.

As bases para o sorteio do ISA-Capital foram dos dados da PNAD de 2002. Foi definido o número de 400 entrevistas por domínio, resultando em um total de 3200 indivíduos a serem entrevistados. Foram sorteados 420 indivíduos, por domínio, prevendo-se perdas e foram realizadas 3357 entrevistas.

3.5. Instrumento de coleta de dados

As informações foram obtidas por meio de questionários aplicados por entrevistadores, respondidos diretamente pelos moradores sorteados ou pela mãe ou responsável no caso das crianças menores de 12 anos, garantindo assim maior confiabilidade das informações (CESAR et al., 1996a).

O questionário foi organizado em blocos, segundo áreas temáticas, com a maioria das questões fechadas, com alternativas pré-definidas. Sempre que possível foram incluídas questões já testadas previamente em outros estudos (CESAR et al. 1996a).

3.6. Conteúdo temático da pesquisa e variáveis a serem estudadas

A pesquisa estudou conjuntos temáticos, sendo que para cada um deles foram formuladas questões sobre aspectos específicos que são objetos de análise. Esses conjuntos temáticos são descritos no Quadro 4, a seguir, assim como sua utilização na presente pesquisa.

3.7. Entrevistadores

Conforme CESAR et al. (1996a), “foram selecionados entrevistadores com ao menos segundo grau completo, que receberam treinamento para a aplicação dos questionários.”.

Durante os treinamentos as entrevistadoras estudaram todo o questionário em busca de possíveis dúvidas na sua aplicação e resposta. Para aprimoramento da técnica das entrevistadoras, entrevistas foram aplicadas entre as entrevistadoras, em seus parentes e em pessoas designadas pelos coordenadores. Essas pessoas indicadas reportaram aos coordenadores sua opinião e impressão da aplicação da entrevista e também sobre as entrevistadoras para controle do treinamento.

Os coordenadores avaliaram cada uma das entrevistas feitas na busca de possíveis vícios dos entrevistadores e caso fosse detectado alguma inconsistência havia nova entrevista e também re-treinamento dos entrevistadores. Um total de 10% das entrevistas foram checadas por telefone pelos coordenadores para verificação de inconsistências, eram as entrevistas para “controle”.

As profissionais de campo foram também treinadas na utilização de mapas e localização das áreas em que trabalhariam.

Foram feitas ainda, com os entrevistadores, sessões de dinâmica de grupo com uma psicóloga. Nessas dinâmicas eram abordados temas e situações pelas quais as profissionais de campo estariam expostas, por exemplo, a um entrevistado violento, bêbado ou não disposto a colaborar e a presença de cães perigosos na residência. As entrevistadoras também eram preparadas para o enfrentamento de questões sociais que podiam abalar emocionalmente as mesmas, fato que poderia acontecer quando estas entrevistassem os moradores de áreas mais pobres das cidades.

Quadro 4: Conteúdo temático dos blocos do questionário, segundo pesquisa e utilização.

Bloco	Assunto	ISA-SP	ISA-Capital	Utilizado
A	Composição família	X	X	Sim
B	Controle de visitas, identificação do entrevistado	X	X	Sim
C	Morbidade referida nos últimos 15 dias	X	X	Sim
D	Doenças crônicas	X	X	Sim
E	Deficiências	X	X	Sim
F	Acidentes e violências	X	X	Não
G	Utilização de serviços de saúde	X	X	Sim
H	Exames preventivos	X	X	Sim
I	Cobertura vacinal e informações sobre a dengue	X	X	Sim
J	Consumo de medicamentos	X	X	Sim
K	Hospitalizações nos últimos 12 meses	X	X	Sim
L	Estilo de vida (hábitos alimentares, atividades físicas, fumo e álcool)	X	X	Parcialmente
M	Saúde emocional	X	X	Sim
N	Qualidade de vida	X	X	Não
O	Caracterização sócio-econômica do entrevistado	X	X	Sim
P	Caracterização da família e do domicílio	X	X	Sim
Q	Caracterização sócio-econômica do chefe da família	X	X	Sim
R	Gasto familiar mensal com saúde	X	X	Sim
S	Saúde materno infantil	X	X	Não
T	Programa Saúde da Família		X	Não
V	Informações sobre presença de animais		X	Não

3.8. Coleta dos dados

Os dados da população do ISA-SP foram coletados de abril de 2001 a março de 2002. No caso do ISA-Capital houve um único corte para a coleta de dados, que durou, aproximadamente, de janeiro de 2003 a janeiro de 2004.

3.9. Análise dos Resultados

Para a codificação dos problemas de saúde e doenças referidas foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças - CID-10. Foram utilizados o Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, e o STATA, para a análise geral dos dados e, quando necessário, outros programas para análises específicas.

Os programas de processamento e análise dos dados incorporaram os fatores de ponderação da amostra, baseados nas frações amostrais dos setores censitários (segundo características sócio-econômicas) e dos indivíduos entrevistados (segundo idade e sexo).

Foi utilizado o pacote “*survey*” do STATA para todas as análises dos dados. Para as Razões de Prevalências foi usado o modelo de regressão de Poisson, que é o mais indicado para as análises de prevalência em amostras complexas (BARROS et al., 2003). Para

análise da significância de variáveis para inclusão no modelo foi usado o teste “t” e para a significância do modelo, a estatística “F”.

3.10. Junção dos Bancos de Dados

Os bancos passaram por um processo de padronização de número e de nomes de variáveis, já que as mesmas não são perfeitamente coincidentes em número e nome nos dois bancos de dados que foram usados.

4. Resultados

4.1. Caracterização da amostra

Foram realizadas 8.316 entrevistas no total. Dessas, 3.357 foram no município de São Paulo. As outras 4.959 entrevistas foram feitas nos municípios de Botucatu, Campinas e GSP.

Do total de entrevistados, 1.232 pessoas relataram ser portadores de algum tipo de deficiência. No município de São Paulo foram detectados 414 deficientes autodeclarados. Nos municípios de Botucatu, Campinas e GSP, foram encontrados 818 deficientes, somados nas três áreas.

Os quadros 5, 6 e 7, que seguem, trazem a distribuição das deficiências segundo inquérito, ISA-SP ou ISA-Capital.

Quadro 5: Distribuição da ocorrência das deficiências segundo estudo.

Deficiência	ISA-SP	ISA-Capital	Total
Dificuldade de enxergar	415	215	630
Cegueira de um olho	62	25	87
Cegueira total	13	2	15
Dificuldade de ouvir	299	157	456
Surdez de um ouvido	64	25	89
Surdez total	15	6	21
Paralisia parcial ou total de membros	76	34	110
Perda parcial ou total de membros	24	14	38

Quadro 6: Distribuição das deficiências agrupadas segundo estudo.

Grupos de deficiência (uma ou mais)	ISA-SP	ISA-Capital	Total
Deficiência visual	481	237	718
Deficiência auditiva	376	186	562
Deficiência física	97	46	143
Alguma deficiência (pelo menos uma)	818	414	1232

Quadro 7: Distribuição das deficiências múltiplas.

Deficiência	ISA-SP	ISA-Capital	Total
Física + outras	3	2	5
Auditiva + outras	2	3	5
Auditiva + física	8	6	14
Visual + outras	2	1	3
Visual + física	10	3	13
Visual + auditiva	116	40	156
Visual + auditiva + outras	0	2	2
Visual + auditiva + física	1	2	3

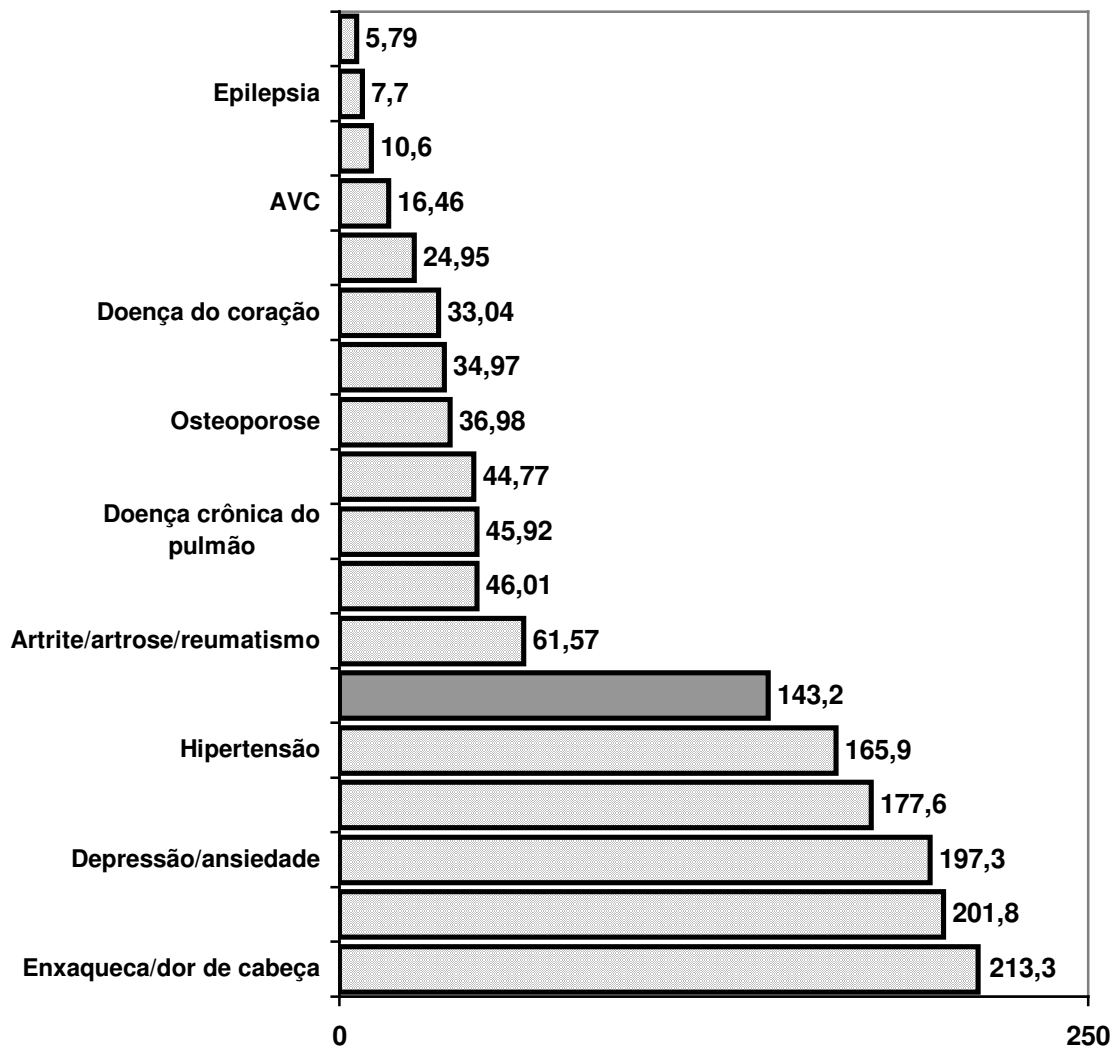
4.2. Prevalência de deficiências e características sócio-demográficas dos deficientes

A deficiência é um problema subestimado pelas autoridades em saúde, porém, a comparação de sua prevalência com a prevalência de algumas das principais doenças crônicas pode nos indicar o quão importante é esse evento na saúde da população. Entre os 8.316 entrevistados 1.232 referiram pelo menos uma deficiência, levando a uma prevalência de 107,2 por mil, para todas as idades. A prevalência de outras deficiências que não foram classificadas como, visual, auditiva ou física foi baixa, não sendo objeto do presente estudo.

Considerando-se cada deficiência separadamente, observou-se que a prevalência de deficiência visual foi de 63,21 por mil; a deficiência auditiva teve prevalência de 43,01 por mil e a deficiência física de 11,06 por mil.

A distribuição das prevalências de algumas doenças e de pelo menos uma deficiência encontram-se no Gráfico 2, a seguir. Observa-se, pelos dados desta pesquisa, que foram encontrados 1.079 indivíduos maiores de 19 anos com pelo menos uma deficiência, que leva a uma prevalência de deficientes 143,2 por mil, que é maior que a prevalência de doenças de importância em saúde pública como o câncer (5,79 por mil); AVC (16,46 por mil); depressão/ansiedade (19,73 por mil); osteoporose (36,98 por mil); doença crônica do pulmão (45,92 por mil); diabetes (46,01 por mil) e artrite/artrose/reumatismo (61,57 por mil), que tiveram suas prevalências medidas também neste estudo.

Gráfico 2: Distribuição das prevalências⁺ de pessoas comprometidas maiores de 19 anos (por mil): doenças crônicas e deficiências, 2002 e 2003.



⁺ prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados.

⁺⁺ prevalências maiores que 5,0 por mil.

* pelo menos umas das deficiências (visual, auditiva ou física), qualquer que seja.

A prevalência das deficiências pode ser influenciada por dois fatores presentes nas populações: a idade e o sexo. Por isso, sua distribuição de acordo com essas variáveis é de suma importância na análise da situação de saúde dos deficientes frente a uma população geral.

A Tabela 1, a seguir traz a prevalência das deficiências conforme a idade e o sexo. Nessa tabela pode-se observar claramente a tendência de maior prevalência das deficiências

nas idades mais avançadas, seja qual for a deficiência. Analisando a presença de alguma das deficiências, observa-se a tendência de aumento com a idade. Também se verifica que a prevalência é maior nas mulheres com idades entre 40 e 59 anos, sendo que para os indivíduos com 60 anos e mais, a prevalência maior é para o sexo masculino.

Tabela 1: Prevalência* de deficiências (por mil) segundo sexo e idade, 2002 e 2003.

	Menor 12	12-19	20-39	40-59	60 e +
Alguma deficiência	27,85 (34)	67,36 (124)	88,9 (104)	166,2 (148)	295,6 (822)
Masculino	36,43 (19)	58,34 (57)	83,29 (49)	153,7 (71)	342,8 (432)
Feminino	18,12 (15)	76,57 (67)	93,62 (55)	177,3 (77)	264,2 (390)
Deficiência visual	13,77 (13)	44,91 (77)	46,7 (63)	109,6 (95)	167,8 (470)
Dificuldade de enxergar	13,77 (13)	41,56 (71)	43,03 (55)	101,8 (90)	147,1 (401)
Masculino	14,28 (7)	24,31 (23)	18,43 (17)	72,67 (35)	135,5 (189)
Feminino	13,21 (6)	59,18 (48)	63,71 (38)	127,8 (55)	154,8 (212)
Cegueira de um olho	0	3,31 (5)	3,55 (7)	3,89 (4)	25,0 (71)
Masculino	0	3,08 (4)	7,53 (6)	1,31 (1)	34,5 (41)
Feminino	0	3,55 (1)	0,2 (1)	6,19 (3)	18,71 (30)
Cegueira de dois olhos	0	0,29 (1)	0,11 (1)	3,9 (1)	1,53 (12)
Masculino	0	0	0	0	1,55 (4)
Feminino	0	0,05 (1)	0,21 (1)	7,38 (1)	1,52 (8)
Deficiência auditiva	10,9 (11)	21,79 (46)	33,45 (33)	58,38 (52)	156,2 (420)
Dificuldade auditiva	10,09 (11)	14,08 (33)	32,78 (31)	43,61 (40)	131,9 (341)
Masculino	16,16 (7)	18,49 (21)	35,85 (16)	57,68 (24)	171,8 (194)
Feminino	3,19 (4)	9,57 (12)	30,2 (15)	31,07 (16)	105,3 (147)
Surdez um ouvido	0	4,97 (8)	0,67 (2)	16,15 (12)	20,65 (67)
Masculino	0	6,85 (4)	1,47 (2)	21,5 (6)	26,33 (34)
Feminino	0	3,07 (4)	0	11,38 (6)	16,86 (33)
Surdez dois ouvidos	0	2,73 (5)	0	0,57 (1)	4,81 (15)
Masculino	0	1,92 (4)	0	0	5,65 (11)
Feminino	0	3,55 (1)	0	1,09 (1)	4,25 (4)
Deficiência física	3,98 (10)	2,9 (9)	11,14 (12)	15,28 (16)	31,46 (96)
Paralisia de membros	3,92 (8)	2,56 (7)	9,12 (8)	13,03 (13)	21,0 (74)
Masculino	5,98 (4)	3,34 (4)	16,35 (6)	8,5 (7)	32,26 (48)
Feminino	1,58 (3)	1,76 (3)	3,05 (2)	17,07 (6)	13,48 (26)
Perda de membros	0,05 (2)	0,34 (2)	2,01 (4)	2,24 (3)	12,39 (27)
Masculino	0	0,67 (2)	4,41 (4)	4,77 (3)	16,23 (16)
Feminino	0,12 (2)	0	0	0	9,82 (11)

*prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

Na Tabela 2, pode-se visualizar a distribuição da prevalência de deficiência visual segundo área de estudo, faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade do indivíduo, cor ou raça e migração. Observa-se que a cidade de Campinas tem a menor Razão de Prevalência (RP) enquanto a área GSP registrou a maior RP, com 97% mais deficientes visuais do que

Campinas (ambas com $p < 0,05$). A faixa etária de 60 anos e mais registrou a maior RP, mesmo após ajuste por sexo, sendo que houve 1038% mais deficiência visual nessa faixa etária quando comparada com os menores de 12 anos ($p < 0,05$). Os indivíduos do sexo feminino tiveram 67% mais deficiência visual do que os homens ($p < 0,05$). Com relação à escolaridade, observa-se que os sujeitos com 3 anos ou menos de escolaridade tiveram 71% mais deficiência quando comparados com os sujeitos que tinham 12 anos e mais de escolaridade ($p < 0,05$).

Tabela 2: Prevalência^(a) (por mil) de deficiências visuais segundo variáveis sócio-demográficas, 2002 e 2003.

	Prevalência ^(b)	RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) [IC-95%]
Área			
Botucatu	95,73 (150)	2,05* [1,34 – 3,13]	1,96^{(1)*} [1,28 – 3,01]
Campinas	46,64 (119)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
GSP	72,59 (212)	1,55 [0,9 – 2,49]	1,97^{(1)*} [1,23 – 3,16]
São Paulo	63,91 (237)	1,37 [0,87 – 2,15]	1,44 ⁽¹⁾ [0,92 – 2,23]
Idade			
Menor 12 anos	13,77 (13)	1,00	1,00 ⁽³⁾
12 a 19 anos	44,91 (77)	3,26* [1,42 – 7,43]	3,21^{(3)*} [1,40 – 7,33]
20 a 39 anos	46,70 (63)	3,39* [1,43 – 7,99]	3,25^{(3)*} [1,40 – 7,57]
40 a 59 anos	109,60 (95)	7,95* [3,10 – 20,3]	7,70^{(3)*} [3,02 – 19,61]
60 e mais anos	167,80 (470)	12,18* [5,37 – 27,6]	11,38^{(3)*} [5,05 – 25,61]
Sexo			
Masculino	43,6 (319)	1,00	1,00 ⁽⁴⁾
Feminino	81,1 (399)	1,86* [1,4 – 2,45]	1,67^{(4)*} [1,25 – 2,22]
Estado civil			
Solteiro	37,12 (122)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
Casado/Unid.	65,81 (382)	1,77* [1,16 – 2,69]	1,14 ⁽¹⁾ [0,73 – 1,77]
Viúvo/separado	124,0 (213)	3,34* [2,37 – 4,7]	1,10 ⁽¹⁾ [0,68 – 1,78]
Escolaridade do indivíduo			
3 anos ou menos	141,60 (312)	3,74* [1,89 – 7,41]	2,71^{(1)*} [1,34 – 5,47]
4 a 7 anos	54,24 (226)	1,43 [0,72 – 2,85]	1,38 ⁽¹⁾ [0,69 – 2,77]
8 a 11 anos	50,24 (138)	1,33 [0,67- 2,62]	1,60 ⁽¹⁾ [0,81 – 3,15]
12 anos e mais	37,76 (40)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
Cor/raça			
Branca	60,35 (474)	1,00	1,00 ⁽²⁾
Parda/negra	71,36 (226)	1,18 [0,88 – 1,58]	1,31 ⁽²⁾ [0,99 – 1,71]
Amarela/Outras	73,71 (17)	1,22 [0,55 – 2,66]	0,98 ⁽²⁾ [0,53 – 1,79]
Migração			
Migrante	68,43 (576)	1,31 [0,94 – 1,82]	1,07 ⁽²⁾ [0,75 – 1,53]
Não-migrante	52,17 (138)	1,00	1,00 ⁽²⁾

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade.

⁽³⁾ Razão de Prevalência ajustada por sexo.

⁽⁴⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Maior número de não respostas: 4 no item “migração”.

* $p < 0,05$

Na Tabela 3, temos a distribuição da prevalência de deficiência auditiva segundo área estudada, faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade do indivíduo, cor ou raça e migração. Houve maior RP, 16,52, para a faixa etária de 60 anos e mais quando comparada com a faixa de menor de 12 anos ($p < 0,05$). Houve 67% mais deficiência auditiva entre as mulheres quando comparadas com os homens ($p < 0,05$). O estado civil mostrou significância para os indivíduos casados/unidos com $RP = 2,4$ e para os viúvos/separados com $RP = 3,28$, porém, após o ajuste, essas categorias perdem significância, evidenciando a influência da idade e do sexo ($p > 0,05$). O mesmo se aplica aos sujeitos com escolaridade de 3 anos ou menos, que apresentaram $RP = 1,71$ e para a cor amarela/outras, $RP = 2,92$; mas quando ajustadas as RPs passam para 0,85 e 1,60, respectivamente, com intervalos de confiança que abrangiam a unidade, e com o $p > 0,05$, perdendo a significância.

Na Tabela 4 temos a distribuição da prevalência de deficiência física segundo área estudada, faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade do indivíduo, cor ou raça e migração. Há maior registro de RP para a faixa etária de 60 anos e mais, verificou-se que nessa faixa houve 1079% mais deficiência física quando comparada com os indivíduos de menos de 12 anos; 440% mais entre os sujeitos com idade entre 40 a 59 anos; e 298% mais entre os de idade entre 20 a 39 anos ($p < 0,05$). Entre os homens foram registrados 129% mais deficiência física do que entre as mulheres. Os indivíduos solteiros tiveram 239% mais deficiência física do que os casados ($p < 0,05$).

Tabela 3: Prevalência^(a) (por mil) de deficiência auditiva segundo variáveis sócio-demográficas, 2002 e 2003.

	Prevalência ^(b)	RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) [IC-95%]
Área			
Botucatu	47,97 (116)	1,65 [0,83 – 3,27]	1,20 ⁽¹⁾ [0,62 – 2,3]
Campinas	52,74 (122)	1,50 [0,75 – 2,99]	1,13 ⁽¹⁾ [0,59 – 2,18]
GSP	31,88 (138)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
São Paulo	43,06 (186)	1,35 [0,68 – 2,66]	1,11 ⁽¹⁾ [0,58 – 2,13]
Idade			
Menor 12 anos	10,09 (11)	1,00	1,00 ⁽³⁾
12 a 19 anos	21,79 (46)	2,15 [0,72 – 6,41]	2,18 ⁽³⁾ [0,74 – 6,45]
20 a 39 anos	33,45 (33)	3,31* [1,18- 9,3]	3,43⁽³⁾* [1,24 – 9,53]
40 a 59 anos	58,38 (52)	5,78* [2,27 – 14,7]	5,95⁽³⁾* [2,36 – 15,0]
60 e mais anos	156,2 (420)	15,48* [6,02 – 39,8]	16,52⁽³⁾* [6,5 – 41,53]
Sexo			
Masculino	51,59 (320)	1,46 [0,98 – 2,17]	1,67⁽⁴⁾* [1,13 – 2,46]
Feminino	35,16 (242)	1,00	1,00 ⁽⁴⁾
Estado civil			
Solteiro	21,02 (73)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
Casado/Unid.	50,64 (321)	2,40* [1,44 – 4,02]	1,37 ⁽¹⁾ [0,77 – 2,44]
Viúvo/separado	68,95 (166)	3,28* [1,85 – 5,78]	1,36 ⁽¹⁾ [0,72 – 2,55]
Escolaridade do indivíduo			
3 anos ou menos	61,76 (213)	1,71* [1,13 – 2,59]	0,85 ⁽¹⁾ [0,54 – 1,81]
4 a 7 anos	41,02 (176)	1,13 [0,70 – 1,83]	0,85 ⁽¹⁾ [0,51 – 1,40]
8 a 11 anos	36,06 (119)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
12 anos e mais	46,21 (47)	1,28 [0,78 – 2,08]	0,95 ⁽¹⁾ [0,56 – 1,62]
Cor/raça			
Branca	49,56 (423)	1,51 [0,93 – 2,44]	1,13 ⁽²⁾ [0,68 – 1,87]
Parda/negra	32,82 (122)	1,00	1,00 ⁽²⁾
Amarela/Outras	96,08 (17)	2,92* [1,34 – 6,39]	1,60 ⁽²⁾ [0,78 – 3,30]
Migração			
Migrante	44,24 (442)	1,05 [0,74 – 1,49]	0,99 ⁽²⁾ [0,67 – 1,46]
Não-migrante	41,85 (116)	1,00	1,00 ⁽²⁾

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade.

⁽³⁾ Razão de Prevalência ajustada por sexo.

⁽⁴⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Maior número de não respostas: 7 no item “escolaridade”.

*p<0,05

Tabela 4: Prevalência^(a) (por mil) de deficiência física segundo variáveis sócio-demográficas, 2002 e 2003.

	Prevalência ^(b)	RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) [IC-95%]
Área			
Botucatu	16,36 (31)	1,67 [0,72 – 3,89]	1,62 ⁽¹⁾ [0,7 – 3,74]
Campinas	9,76 (22)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
GSP	15,13 (44)	1,54 [0,68 – 3,49]	1,99 ⁽¹⁾ [0,88 – 4,48]
São Paulo	10,9 (46)	1,11 [0,52 – 2,39]	1,22 ⁽¹⁾ [0,57 – 2,58]
Idade			
Menor 12 anos	3,98 (10)	1,37 [0,33 – 5,66]	1,34 ⁽³⁾ [0,32 – 5,58]
12 a 19 anos	2,90 (9)	1,00	1,00 ⁽³⁾
20 a 39 anos	1,11 (12)	3,83* [1,01 – 14,4]	3,98^{(3)*} [1,06 – 14,99]
40 a 59 anos	15,28 (16)	5,26* [1,43 – 19,3]	5,40^{(3)*} [1,48 – 19,6]
60 e mais anos	31,46 (96)	10,84* [3,69 – 31,7]	11,79^{(3)*} [4,02 – 34,5]
Sexo			
Masculino	15,07 (91)	2,03* [1,02 – 4,03]	2,29^{(4)*} [1,18 – 4,43]
Feminino	7,40 (52)	1,00	1,00 ⁽⁴⁾
Estado civil			
Solteiro	13,46 (30)	1,48 [0,68 – 3,22]	3,39^{(1)*} [1,12 – 10,2]
Casado/Unid.	9,04 (69)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
Viúvo/separado	14,21 (43)	1,57 [0,71 – 3,45]	1,11 ⁽¹⁾ [0,48 – 2,57]
Escolaridade do indivíduo			
3 anos ou menos	14,56 (53)	2,67 [0,64 – 11,1]	1,92 ⁽¹⁾ [0,48 – 7,64]
4 a 7 anos	13,69 (53)	2,51 [0,60 – 10,51]	2,63 ⁽¹⁾ [0,65 – 10,54]
8 a 11 anos	9,53 (28)	1,75 [0,42 – 7,31]	2,33 ⁽¹⁾ [0,56 – 9,71]
12 anos e mais	4,43 (5)	1,00	1,00 ⁽¹⁾
Cor/raça			
Branca	10,87 (94)	1,13 [0,15 – 8,11]	1,47 ⁽²⁾ [0,20 – 10,6]
Parda/negra	12,13 (48)	1,26 [0,17 – 9,16]	2,10 ⁽²⁾ [0,27 – 15,9]
Amarela/Outras	9,6 (1)	1,00	1,00 ⁽²⁾
Migração			
Migrante	11,52 (120)	1,15 [0,43 – 3,07]	1,00 ⁽²⁾ [0,35 – 2,86]
Não-migrante	9,96 (22)	1,00	1,00 ⁽²⁾

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade.

⁽³⁾ Razão de Prevalência ajustada por sexo.

⁽⁴⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Maior número de não respostas: 4 no item “escolaridade do indivíduo”.

*p<0,05

4.3. Causas das deficiências

As deficiências têm causas diversas de acordo com sua natureza o que determina seus diferentes acometimentos no indivíduo. Na Tabela 5, temos a distribuição das causas de deficiência segundo deficiência e sexo.

Tabela 5: Distribuição das porcentagens* das causas de deficiência segundo tipo de deficiência e sexo, 2002 e 2003.

Causas das deficiências ^(a)	Deficiência visual		Deficiência auditiva		Deficiência física	
	M	F	M	F	M	F
Doença	23,34 (111)	27,85 (133)	15,36 (48)	20,4 (53)	42,24 (51)	68,61 (25)
Congênita	16,9 (19)	7,66 (30)	8,42 (22)	6,91 (16)	9,63 (7)	14,43 (6)
Vio./Agr.	0,62 (3)	2,03 (3)	0,08 (3)	0,76 (2)	1,98 (3)	0
Ac.Trânsito	0,29 (2)	+ (1)	1,08 (4)	0,41 (1)	15,34 (3)	0
Ac.Trabalho	6,04 (25)	0,87 (4)	16,18 (47)	5,98 (4)	11,23 (18)	9,57 (4)
Ac.Doméstico	1,11 (7)	0,63 (7)	4,37 (8)	1,81 (6)	8,12 (5)	1,85 (2)
Idade	17,54 (80)	15,78 (96)	9,97 (85)	19,54 (77)	1,52 (4)	2,03 (5)
Outros	23,77 (81)	32,72 (103)	29,71 (107)	32,88 (84)	27,16 (14)	25,29 (16)
NS/NR	23,7 (70)	25,83 (97)	26,19 (66)	32,04 (61)	10,31 (7)	0,64 (4)

*prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

+porcentagem menor que 0,01%.

^(a) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

4.4. Condição de vida e hábitos

Na Tabela 6, temos a distribuição da prevalência de deficiência visual segundo condições de vida, expressa por meio de características do domicílio e de seu entorno, situação de trabalho do indivíduo, renda familiar *per capita*, tabagismo e consumo de álcool. Pode-se perceber entre os indivíduos com deficiência visual que a qualificação de empregado é menor do que entre os não-deficientes ($p < 0,05$).

Tabela 6: Condição de vida¹ e hábitos (fumo e álcool) entre os deficientes visuais, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95 %]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95 %]
	Deficiente ^(b)	Não deficiente		
Domicílio adequado	82,29 (591)	80,32 (6160)	1,02 [0,88 – 1,17]	0,96 [0,84 – 1,11]
Entorno adequado	79,01 (558)	78,76 (5975)	1,00 [0,9 – 1,11]	0,96 [0,85 – 1,07]
Situação de trabalho do indivíduo				
Empregado	42,06 (215)	62,06 (3841)	0,67* [0,54 – 0,84]	0,76* [0,61 – 0,95]
Desempregado	10,51 (37)	8,79 (420)	1,19 [0,66 – 2,14]	1,53 [0,83 – 2,84]
Demais ⁽²⁾	47,42 (459)	29,15 (3262)	1,62* [0,33 – 1,98]	1,21 [0,99 – 1,05]
Renda familiar per capita				
Menor 1 sm	80,64 (603)	82,18 (6518)	0,98 [0,89 – 1,07]	1,02 [0,93 – 1,11]
1 a 4,99 sm	15,48 (105)	14,43 (882)	1,07 [0,69 – 1,65]	0,92 [0,6 – 1,4]
5 e mais sm	3,83 (10)	3,38 (199)	1,14 [0,49 – 2,68]	0,84 [0,34 – 2,06]
Tabagismo				
Fumante	24,63 (140)	18,85 (870)	1,21 [0,84 – 1,74]	0,90 [0,63 – 1,29]
Ex-fumante	17,88 (194)	14,74 (982)	1,30 [0,94 – 1,79]	1,24 [0,89 – 1,74]
Não fumante	57,49 (370)	66,41 (9816)	0,86 [0,74 – 1,0]	0,93 [0,81 – 1,07]
Consumo álcool	45,21 (243)	50,68 (2453)	0,89 [0,72 – 1,1]	0,95 [0,77 – 1,17]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Aposentado, pensionista, afastado do trabalho por doença.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Maior número de não respostas: 14 no item “tabagismo”.

*p<0,05

Na Tabela 7, a seguir, temos a distribuição da prevalência de deficiência auditiva segundo características do entorno do domicílio, do domicílio, situação de trabalho do indivíduo, renda familiar *per capita*, tabagismo e consumo de álcool. Observa-se que há maior RP, 1,24, para os indivíduos deficientes auditivos na classe de trabalho nomeada como “demais” (p<0,05).

¹ Para o estudo das características do domicílio e de seu entorno, foram consideradas habitações com condições *adequadas*, as moradias constituídas por casas ou apartamentos, dispondo de rede interna de água ligada à rede pública, instalação sanitária interna ligada ao sistema público de esgoto e com iluminação artificial elétrica; o entorno da habitação foi considerado *adequado* quando havia iluminação pública, rede pública de esgoto e coleta pública regular do lixo, a rua estava pavimentada e com guias e sarjetas

Tabela 7: Condição de vida¹ e hábitos (fumo e álcool) entre os deficientes auditivos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95 %]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95 %]
	Deficiente ^(b)	Não deficiente		
Domicílio adequado	90,38 (481)	80,0 (6270)	1,13* [1,03 – 1,23]	1,06 [0,98 – 1,15]
Entorno adequado	86,39 (470)	78,43 (6063)	1,11 [0,98 – 1,25]	1,05 [0,94 – 1,18]
Situação de trabalho do indivíduo				
Empregado	51,71 (181)	61,21 (3875)	0,84 [0,69 – 1,02]	0,90 [0,75 – 1,07]
Desempregado	4,55 (24)	9,10 (433)	0,49 [0,12 – 1,95]	0,61 [0,15 – 2,48]
Demais⁽²⁾	43,74 (355)	29,68 (3366)	1,47* [1,15 – 1,87]	1,24* [1,01 – 1,53]
Renda familiar per capita				
Menor 1 sm	82,69 (468)	82,06 (6653)	1,00 [0,92 – 1,09]	1,03 [0,94 – 1,12]
1 a 4,99 sm	14,44 (84)	14,5 (903)	0,99 [0,63 – 1,54]	0,93 [0,58 – 1,47]
5 e mais sm	2,87 (10)	3,43 (199)	0,83 [0,23 – 3,0]	0,65 [0,17 – 2,48]
Tabagismo				
Fumante	18,98 (97)	19,32 (913)	0,98 [0,69 – 1,36]	0,88 [0,61 – 1,26]
Ex-fumante	21,67 (166)	14,61 (1010)	1,48* [1,04 – 2,1]	0,84 [0,57 – 1,22]
Não fumante	59,35 (287)	66,07 (3899)	0,89 [0,78 – 1,02]	1,06 [0,91 – 1,22]
Consumo álcool	48,42 (221)	50,37 (2475)	0,96 [0,79 – 1,16]	0,91 [0,46 – 1,1]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Aposentado, pensionista, afastado do trabalho por doença.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Maior número de não respostas: 12 no item “tabagismo”.

*p<0,05

Pela visualização da Tabela 8, verifica-se a distribuição da prevalência de deficiência física conforme características do entorno do domicílio, do domicílio, situação de trabalho do indivíduo, renda familiar *per capita*, tabagismo e consumo de álcool. Percebe-se que há mais indivíduos com deficiência na classe de trabalho nomeada como “demais” com RP=1,50 e menos indivíduos com deficiência física na classe de desempregados com RP=0,11 (ambas com p<0,05).

¹ Para o estudo das características do domicílio e de seu entorno, foram consideradas habitações com condições *adequadas*, as moradias constituídas por casas ou apartamentos, dispondo de rede interna de água ligada à rede pública, instalação sanitária interna ligada ao sistema público de esgoto e com iluminação artificial elétrica; o entorno da habitação foi considerado *adequado* quando havia iluminação pública, rede pública de esgoto e coleta pública regular do lixo, a rua estava pavimentada e com guias e sarjetas

Tabela 8: Condição de vida¹ e hábitos (fumo e álcool) entre os deficientes físicos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95 %]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95 %]
	Deficiente ^(b)	Não deficiente		
Domicílio adequado	87,95 (115)	80,36 (6636)	1,11 [0,97 – 1,26]	1,05 [0,93 – 1,19]
Entorno adequado	72,86 (12)	78,84 (6421)	0,93 [0,74 – 1,17]	0,89 [0,71 – 1,12]
Situação de trabalho do indivíduo				
Empregado	48,49 (37)	60,92 (4019)	0,79 [0,55 – 1,13]	0,82 [0,60 – 1,11]
Desempregado	0,88 (3)	8,99 (454)	0,09* [0,02 – 0,39]	0,11* [0,03 – 0,47]
Demais⁽²⁾	50,62 (101)	30,09 (3620)	1,68* [1,19 – 2,37]	1,50* [1,17 – 1,92]
Renda familiar per capita				
Menor 1 sm	79,0 (119)	82,12 (7002)	0,96 [0,77 – 1,19]	0,97 [0,78 – 1,2]
1 a 4,99 sm	20,07 (23)	14,44 (964)	1,39 [0,6 – 3,18]	1,36 [0,6 – 3,08]
5 e mais sm	0,92 (1)	3,44 (208)	0,26 [0,03 – 1,83]	0,22 [0,03 – 1,53]
Tabagismo				
Fumante	25,11 (20)	19,23 (990)	1,30 [0,65 – 2,58]	0,82 [0,40 – 1,66]
Ex-fumante	19,22 (49)	14,93 (1127)	1,28 [0,64 – 2,58]	1,12 [0,57 – 2,2]
Não fumante	55,67 (64)	65,85 (4122)	0,84 [0,6 – 1,19]	1,01 [0,73 – 1,04]
Consumo álcool	53,55 (40)	50,22 (2656)	1,06 [0,77 – 1,47]	0,99 [0,73 – 1,32]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Aposentado, pensionista, afastado do trabalho por doença.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Maior número de não respostas: 10 no item “tabagismo”.

*p<0,05

4.5. Estado de saúde

O estado de saúde do indivíduo foi medido indiretamente por meio da auto-avaliação em saúde feita por cada entrevistado, que poderia classificar sua saúde como excelente, muito boa/boa e ruim/muito ruim. Também se avaliou a ocorrência de morbidades agudas nos 15 dias anteriores à entrevista. As doenças crônicas foram estudadas por meio de um *check-list* em que o entrevistado relatava ou não a ocorrência da morbidade crônica. Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) foram estudados por meio do questionário SQR-20, usando ponto de corte de 6 para os homens e de 7 para as mulheres, conforme COSTA et al. (2002).

Na Tabela 9, temos a distribuição das porcentagens de auto-avaliação em saúde, morbidade de 15 dias e doenças crônicas entre os deficientes visuais. Observa-se que entre os deficientes 110% mais pessoas consideram sua saúde ruim comparando-se com os não-

¹Para o estudo das características do domicílio e de seu entorno, foram consideradas habitações com condições *adequadas*, as moradias constituídas por casas ou apartamentos, dispondo de rede interna de água ligada à rede pública, instalação sanitária interna ligada ao sistema público de esgoto e com iluminação artificial elétrica; o entorno da habitação foi considerado *adequado* quando havia iluminação pública, rede pública de esgoto e coleta pública regular do lixo, a rua estava pavimentada e com guias e sarjetas

deficientes. Percebe-se também que os deficientes visuais tiveram 101% mais morbidades nos 15 dias anteriores a entrevista quando comparados com os não-deficientes. Com relação às doenças crônicas, os deficientes visuais registraram 193% mais anemias; 87% mais diabetes; 78% mais depressão/ansiedade; 67% mais Transtornos Mentais Comuns (TMC); 63% mais enxaqueca/dor de cabeça; 50% mais hipertensão; 28% mais alergias, em todos os casos quando comparados com os indivíduos não-deficientes visuais com $p < 0,05$ para todos os dados acima.

No caso da razão de prevalência de doença de pele entre deficientes visuais e não deficientes, 2,31; doença da coluna/costas, $RP=2,55$; artrite/artrose/reumatismo, $RP=3,31$; doença renal crônica, $RP=3,60$; AVC, $RP=4,36$; osteoporose, $RP=4,59$; cirrose, $RP=4,07$; doença de chagas, $RP=5,31$; câncer, $RP=4,06$; doença do coração, $RP=3,09$; úlcera/gastrite, $RP=1,71$; após o ajuste, esses valores perderam confiabilidade, uma vez que seus intervalos de confiança englobam a unidade e também a significância com um $p > 0,05$, indicando que a maior prevalência pode ser em decorrência de idade ou sexo e não propriamente da deficiência visual.

Tabela 9: Auto-avaliação da saúde, morbidades (referida nos 15 dias anteriores à entrevista), doenças crônicas e Transtorno Mental Comum (TMC) em deficientes visuais, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta)	RP (ajustada) ⁽¹⁾
	Deficiente	Não deficiente	[IC-95 %]	[IC-95 %]
Auto-avaliação em saúde^(b)				
Excelente	3,62 (19)	10,99 (201)	0,32* [0,16 – 0,67]	0,34* [0,16 – 0,71]
Muito boa/boa	70,57 (327)	76,82 (1450)	0,91 [0,82 – 1,02]	0,91 [0,82 – 1,01]
Ruim/muito ruim	25,8 (112)	12,18 (235)	2,11* [1,5 – 2,97]	2,10* [1,52 – 2,90]
Morbidade 15 dias	50,92 (282)	26,57 (2059)	1,91* [1,63 – 2,24]	2,01* [1,69 – 2,38]
Doenças crônicas				
Hipertensão	33,5 (293)	9,14 (1118)	3,66* [2,88 – 4,65]	1,50* [1,13 – 1,99]
Diabetes	11,21 (111)	2,43 (321)	4,60* [2,99 – 7,09]	1,87* [1,23 – 2,84]
Doença de pele	8,41 (62)	3,63 (316)	2,31* [1,31 – 4,08]	1,76 [0,97 – 3,19]
Alergia	26,01 (174)	20,53 (1599)	1,26 [0,99 – 1,61]	1,28* [1,01 – 1,65]
Anemia	8,93 (53)	3,22 (264)	2,77* [1,63 – 4,68]	2,93* [1,67 – 5,13]
Doença da coluna/costas	27,29 (217)	10,7 (922)	2,55* [1,94 – 3,35]	1,31 [0,99 – 1,73]
Artrite/artrose/reumatismo	11,5 (161)	3,46 (523)	3,31* [2,21 – 4,97]	1,21 [0,75 – 1,95]
Doença renal crônica	5,13 (33)	1,42 (139)	3,60* [1,41 – 9,18]	2,30 [0,84 – 6,30]
AVC	4,0 (44)	0,91 (107)	4,36* [1,89 – 10,01]	1,79 [0,74 – 1,79]
Depressão/ansiedade	34,63 (230)	12,98 (961)	2,66* [2,11 – 3,36]	1,78* [1,42 – 2,24]
Enxaqueca/dor de cabeça	33,53 (182)	15,67 (1027)	2,13* [1,64 – 2,79]	1,63* [1,25 – 4,13]
Osteoporose	9,0 (89)	1,96 (288)	4,59* [2,91 – 7,23]	1,47 [0,90 – 2,40]
Cirrose	0,71 (8)	0,17 (15)	4,07* [1,01 – 16,43]	2,34 [0,87 – 6,26]
Epilepsia	1,68 (8)	0,53 (42)	3,15 [0,62 – 15,83]	2,78 [0,43 – 17,67]
Doença de Chagas	0,29 (8)	0,05 (18)	5,31* [2,07 – 3,56]	1,73 [0,58 – 5,17]
Hanseníase	0,09 (2)	0,02 (2)	3,77 [0,32 – 43,69]	3,09 [0,39 – 24,46]
Tuberculose	0,07 (2)	0,01 (4)	4,77 [0,53 – 42,19]	4,81 [0,51 – 45,13]
Esquistossomose	0,02 (4)	0,02 (2)	1,24 [0,15 – 9,77]	1,54 [0,21 – 10,91]
Câncer	1,29 (21)	0,31 (62)	4,06* [1,59 – 10,36]	1,42 [0,60 – 3,38]
Doença do coração	6,85 (94)	2,21 (324)	3,09* [1,75 – 5,47]	1,51 [0,88 – 2,59]
Doença do pulmão	7,02 (60)	5,9 (513)	1,19 [0,61 – 2,29]	1,45 [0,72 – 2,89]
Úlcera/gastrite	11,87 (98)	6,93 (557)	1,71* [1,18 – 2,43]	1,09 [0,74 – 1,60]
Transtorno Mental Comum⁽²⁾	36,88 (232)	14,52 (859)	2,53* [1,89 – 3,39]	1,67* [1,67 – 2,20]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Foi usado ponto de corte no SQR-20 de 6 para homens e de 7 para mulheres conforme COSTA et al. (2002).

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Somente para indivíduos de 60 anos e mais.

* p<0,05

Na Tabela 10, observamos a distribuição das porcentagens de auto-avaliação em saúde, morbidade de 15 dias e doenças crônicas entre os deficientes auditivos. Pelo seu exame percebemos que os deficientes auditivos tiveram 66% mais morbidades nos 15 dias anteriores a entrevista quando comparados aos não-deficientes auditivos. No caso das doenças crônicas, os deficientes auditivos registraram 184% mais doença de pele; 149% mais doença do pulmão; 99% mais úlceras/gastrites; 83% mais osteoporose; 65% mais enxaqueca/dor de cabeça; 57% mais artrite/artrose/reumatismo; 56% vezes mais alergias;

52% mais depressão/ansiedade; 36% vezes mais TMC. Em todos estes casos quando comparados com os não-deficientes auditivos com significância ($p < 0,05$). Algumas doenças apresentaram razão de prevalência bruta significante: hipertensão, $RP=2,92$; diabetes, $RP=2,62$; doença das costas/coluna, $RP=2,59$; AVC, $RP=6,41$; câncer, $RP=3,30$; doença do coração, $RP=2,76$. Porém, essas razões de prevalência perderam a significância após ajuste por idade e sexo, mostrando que a maior prevalência entre os deficientes auditivos é resultado dos dois fatores de ajuste e não da deficiência auditiva.

Tabela 10: Auto-avaliação da saúde, morbidades (referida nos 15 dias anteriores à entrevista), doenças crônicas e Transtorno Mental Comum (TMC) em deficientes auditivos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta)	RP (ajustada) ⁽¹⁾
	Deficiente	Não deficiente	[IC-95 %]	[IC-95 %]
Auto-avaliação em saúde^(b)				
Excelente	5,89 (29)	10,47 (191)	0,56 [0,31 – 1,01]	0,59 [0,33 – 1,05]
Muito boa/boa	78,19 (305)	75,3 (1472)	1,03 [0,95 – 1,13]	1,03 [0,94 – 1,13]
Ruim/muito ruim	15,91 (78)	14,23 (269)	1,11 [0,77 – 1,61]	1,11 [0,74 – 1,65]
Morbidade 15 dias	41,01 (191)	27,53 (2150)	1,48* [1,13 – 1,94]	1,66* [1,28 – 2,15]
Doenças crônicas				
Hipertensão	28,86 (227)	9,87 (1184)	2,92* [2,17 – 3,92]	1,02 [0,76 – 1,37]
Diabetes	7,32 (68)	2,79 (364)	2,62* [1,37 – 5,00]	0,86 [0,40 – 1,82]
Doença de pele	12,24 (57)	3,56 (321)	3,43* [2,11 – 5,57]	2,84* [1,57 – 5,13]
Alergia	29,03 (127)	20,51 (1646)	1,41* [1,09 – 1,83]	1,56* [1,20 – 2,04]
Anemia	5,95 (28)	3,48 (289)	1,71 [0,74 – 3,92]	2,05 [0,85 – 4,96]
Doença da coluna/costas	28,51 (167)	10,99 (972)	2,59* [1,93 – 3,48]	1,27 [0,93 – 1,75]
Artrite/artrose/reumatismo	15,93 (135)	3,43 (549)	4,63* [3,14 – 6,82]	1,57* [1,01 – 2,43]
Doença renal crônica	4,07 (29)	1,54 (143)	2,63 [0,99 – 6,96]	1,56 [0,53 – 4,59]
AVC	5,79 (24)	0,9 (127)	6,41* [2,99 – 13,71]	2,09 [0,89 – 4,92]
Depressão/ansiedade	28,35 (147)	13,72 (1044)	2,06* [1,56 – 2,72]	1,52* [1,17 – 1,98]
Enxaqueca/dor de cabeça	29,93 (116)	16,21 (1093)	1,84* [1,39 – 2,44]	1,65* [1,21 – 2,27]
Osteoporose	11,36 (76)	2,0 (301)	5,66* [3,36 – 9,54]	1,83* [1,01 – 3,33]
Cirrose	0,25 (2)	0,2 (21)	1,24 [0,20 – 7,42]	0,38 [0,07 – 1,92]
Epilepsia	0,5 (5)	0,61 (45)	0,82 [0,20 – 3,31]	0,71 [0,17 – 2,94]
Doença de Chagas	0	0,07 (26)	-	-
Hanseníase	0	0,03 (4)	-	-
Tuberculose	0	0,02 (6)	-	-
Esquistossomose	+	0,02 (5)	0,28 [0,02 – 3,24]	0,19 [0,01 – 2,16]
Câncer	1,13 (18)	0,34 (65)	3,30* [1,11 – 9,79]	0,89 [0,31 – 2,54]
Doença do coração	6,42 (77)	2,32 (341)	2,76* [1,75 – 4,75]	1,29 [0,85 – 1,95]
Doença do pulmão	10,84 (51)	5,75 (522)	1,88* [1,16 – 3,04]	2,49* [1,50 – 4,15]
Úlcera/gastrite	20,02 (84)	6,67 (571)	2,99* [1,90 – 4,72]	1,99* [1,18 – 3,36]
Transtorno Mental Comum⁽²⁾	27,79 (147)	15,4 (944)	1,80* [1,35 – 2,41]	1,36* [1,01 – 1,86]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Foi usado ponto de corte no SQR-20 de 6 para homens e de 7 para mulheres conforme COSTA et al. (2002).

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Somente para indivíduos de 60 anos e mais.

* $p < 0,05$

Na Tabela 11, temos a distribuição das prevalências de auto-avaliação em saúde, morbidade de 15 dias e doenças crônicas entre os deficientes físicos. Observa-se que, entre os deficientes físicos, houve RP de 2,51 ($p<0,05$), de pessoas que consideram sua saúde ruim ou muito ruim quando comparados com os não-deficientes físicos. Com relação às doenças crônicas, entre os deficientes físicos houve RP de 17,27 casos de AVC ($p<0,05$); 6,43 de anemia ($p<0,05$); 4,77 de doença renal crônica ($p<0,05$); 4,36 de doença do pulmão ($p<0,05$); 3,62 de doenças do coração ($p<0,05$); 2,09 de depressão/ansiedade ($p<0,05$); 1,53 de hipertensão ($p<0,05$); em todos os casos quando comparados com os não-deficientes físicos.

Algumas doenças crônicas são mais prevalentes entre os deficientes por causa da idade e do sexo e não por causa da deficiência física. Cita-se a diabetes, com $RP=3,74$; doença das costas/coluna, $RP=2,37$; artrite/artrose/reumatismo, $RP=2,85$; tuberculose, $RP=20,82$; e TMC, $RP=1,92$.

Tabela 11: Auto-avaliação da saúde, morbidades (referida nos 15 dias anteriores à entrevista), doenças crônicas e Transtorno Mental Comum (TMC) em deficientes físicos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta)	RP (ajustada) ⁽¹⁾
	Deficiente	Não deficiente	[IC-95%]	[IC-95%]
Auto-avaliação em saúde^(b)				
Excelente	2,01 (3)	9,98 (217)	0,20 [0,03 – 1,20]	0,20 [0,03 – 1,23]
Muito boa/boa	64,3 (51)	76,12 (1726)	0,84 [0,65 – 2,08]	0,83 [0,64 – 1,07]
Ruim/muito ruim	33,68 (27)	13,9 (320)	2,42* [1,44 – 4,06]	2,51* [1,51 – 4,20]
Morbidade 15 dias	35,32 (38)	28,03 (2303)	1,25 [0,75 – 2,10]	1,40 [0,83 – 2,35]
Doenças crônicas				
Hipertensão	34,58 (68)	10,42 (1343)	3,31* [2,08 – 5,27]	1,53* [1,01 – 2,33]
Diabetes	10,85 (21)	2,89 (411)	3,74* [1,53 – 9,11]	1,67 [0,66 – 4,25]
Doença de pele	11,19 (11)	3,85 (367)	2,90 [0,91 – 9,16]	2,39 [0,78 – 7,33]
Alergia	25,32 (25)	20,83 (1748)	1,21 [0,64 – 2,27]	1,34 [0,71 – 2,51]
Anemia	17,34 (9)	3,43 (308)	5,05* [2,10 – 12,12]	6,43* [2,67 – 15,45]
Doença da coluna/costas	27,5 (39)	11,57 (1100)	2,37* [1,20 – 4,67]	1,36 [0,67 – 2,75]
Artrite/artrose/reumatismo	11,1 (24)	3,89 (660)	2,85* [1,19 – 6,79]	1,28 [0,55 – 2,97]
Doença renal crônica	11,1 (13)	1,55 (159)	7,15* [2,90 – 17,61]	4,77* [1,79 – 12,73]
AVC	30,38 (48)	0,78 (103)	38,64* [18,81 – 79,3]	17,27* [7,43 – 40,1]
Depressão/ansiedade	36,78 (45)	14,1 (1146)	2,60* [1,54 – 4,4]	2,09* [1,14 – 3,38]
Enxaqueca/dor de cabeça	25,33 (27)	16,7 (1182)	1,51 [0,67 – 3,43]	1,44 [0,64 – 3,22]
Osteoporose	2,71 (9)	2,4 (368)	1,13 [0,33 – 3,79]	0,51 [0,16 – 1,56]
Cirrose	1,13 (3)	0,19 (20)	5,67 [0,99 – 32,36]	2,33 [0,47 – 11,52]
Epilepsia	+	0,61 (49)	0,004* [0,00 – 0,03]	0,002* [0,00 – 0,03]
Doença de Chagas	0	0,07 (26)	-	-
Hanseníase	0	0,02 (4)	-	-
Tuberculose	0,35 (1)	0,01 (5)	20,82* [1,86 – 232,8]	14,52 [0,85 – 246,1]
Esquistossomose	0	0,02 (6)	-	-
Câncer	0,84 (6)	0,37 (77)	2,25 [0,42 – 11,84]	0,90 [0,15 – 5,25]
Doença do coração	15,13 (21)	2,36 (397)	6,40* [2,12 – 19,34]	3,62* [1,14 – 11,51]
Doença do pulmão	19,75 (15)	5,82 (558)	3,39* [1,40 – 8,19]	4,36* [1,83 – 10,40]
Úlcera/gastrite	13,65 (20)	7,17 (635)	1,90 [0,81 – 4,43]	1,32 [0,53 – 3,24]
Transtorno Mental Comum ⁽²⁾	30,35 (39)	15,77 (1052)	1,92* [1,11 – 3,31]	1,59 [0,95 – 2,67]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Foi usado ponto de corte no SQR-20 de 6 para homens e de 7 para mulheres conforme COSTA et al. (2002).

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Somente para indivíduos de 60 anos e mais.

* p<0,05.

4.6. Utilização de serviços de saúde

O uso dos serviços de saúde foi estudado tendo como base as informações sobre necessidade de assistência dos deficientes; recebimento de assistência necessária; internações e consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista, gastos com as internações, cobertura do gasto, avaliação do serviço, procura dos serviços de saúde por

outros motivos, motivo da procura, realização de exames preventivos e consumo de medicamentos.

Na Tabela 12, temos a distribuição das porcentagens de necessidade de assistência e assistência recebida segundo deficiência. Observamos que os deficientes mais dependentes foram os deficientes físicos, sendo 51,57% deles necessitados de assistência em saúde regularmente. Os deficientes auditivos foram os mais independentes, uma vez que 58,78% deles relataram não precisar de assistência. Dos que necessitavam de assistência, os deficientes físicos foram os que mais receberam a assistência necessária (63,01%); os deficientes visuais foram os que menos receberam assistência (49,7%). O principal motivo determinado de não ter recebido cuidados necessários entre os deficientes visuais e físicos foi a dificuldade financeira. Entre os deficientes auditivos foi a falta de tempo.

Tabela 12: Distribuição das porcentagens* de necessidade de assistência e assistência recebida segundo deficiência, 2002 e 2003.

	Deficiência visual ⁺	Deficiência auditiva	Deficiência física
Necessita de assistência^(a)			
Não	48,34 (331)	58,78 (350)	45,28 (62)
Ocasionalmente	35,14 (227)	30,44 (141)	3,14 (18)
Regularmente	16,52 (146)	10,78 (62)	51,57 (62)
Recebe assistência			
Sim	49,7 (216)	58,18 (133)	63,01 (64)
Não ^(a)	50,3 (153)	41,82 (68)	46,99 (16)
Dificuldade financeira	55,72 (61)	19,38 (22)	75,47 (12)
Acesso geográfico	2,33 (11)	2,07 (5)	3,51 (3)
Achou desnecessário	5,72 (33)	25,45 (24)	0,47 (1)
Sem tempo	8,07 (26)	29,12 (15)	0
Não sabe aonde ir	7,44 (13)	0,51 (6)	0,34 (1)
Outro	25,36 (59)	33,41 (34)	21,15 (7)

*porcentagens na amostra ponderada; (n) na amostra não ponderada.

^(a) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

⁺ Maior número de não respostas: 14 entre os deficientes visuais.

Na Tabela 13, adiante, temos a distribuição das prevalências de internações nos 12 meses anteriores à entrevista, gastos com o serviço utilizado, cobertura do gasto com a internação e avaliação do serviço prestado durante a internação entre os deficientes visuais e os não-deficientes visuais. Observa-se que mais deficientes visuais declaram satisfação com o atendimento prestado quando comparados com os não-deficientes visuais. No cálculo da RP bruta, os deficientes visuais relataram 136% mais internações únicas e 102%

mais internações múltiplas (duas ou mais), porém essas diferenças não persistiram após o controle por idade e sexo.

Tabela 13: Internações nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes visuais, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente	Não deficiente		
Internação				
Uma vez	10,34 (67)	5,11 (526)	2,36* [1,01 – 5,59]	1,48 [0,59 – 3,68]
Mais de uma vez	1,91 (30)	0,81 (72)	2,02* [1,26 – 3,24]	1,59 [0,98 – 2,56]
Gasto com serviço^(b)				
Não	97,4 (91)	97,4 (573)	1,00 [0,94 – 1,05]	1,00 [0,96 – 1,05]
Sim, parcial	0,35 (4)	1,0 (13)	0,35 [0,07 – 1,55]	0,33 [0,07 – 1,49]
Sim, integral	3,6 (3)	1,63 (9)	2,20 [0,31 – 15,5]	1,47 [0,30 – 7,1]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽²⁾	51,56 (67)	51,57 (351)	0,99 [0,62 – 1,6]	1,08 [0,66 – 1,76]
Privado ⁽³⁾	52,25 (33)	50,76 (249)	1,02 [0,65 – 1,61]	0,94 [0,58 – 1,52]
Outro	5,56 (5)	2,47 (8)	2,24 [0,39 – 12,7]	1,45 [0,28 – 7,34]
Avaliação do serviço^(b)				
Muito bom/bom	98,7 (85)	91,56 (537)	1,07* [1,02 – 1,12]	1,05* [1,01 – 1,10]
Regular	4,08 (9)	9,38 (41)	0,43 [0,11 – 1,69]	0,42 [0,10 – 1,74]
Ruim	1,25 (7)	3,24 (21)	0,38 [0,08 – 1,75]	0,62 [0,13 – 2,86]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽³⁾ Serviços de saúde de sindicatos, plano individual, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

*p<0,05

Na Tabela 14, observa-se a distribuição das prevalências de internações nos 12 meses anteriores à entrevista, gastos com o serviço utilizado, cobertura do gasto com a internação e avaliação do serviço prestado durante a internação entre os deficientes auditivos e os não-deficientes auditivos. Pelo exame da referida tabela, vê-se que houve menos deficientes que pagaram parcialmente pelo serviço da internação quando comparados com os não-deficientes auditivos. Além disso, houve mais deficientes que tiveram o gasto de sua internação coberto por outras fontes que não a pública ou a privada, RP=16,0 (p<0,05). De acordo com a Tabela 14, os deficientes auditivos relataram 359% mais internações do que os não-deficientes, porém após o ajuste essa diferença não foi significativa, evidenciando o efeito da idade e do sexo sobre a maior taxa de internação entre os deficientes auditivos.

Tabela 14: Internações nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes auditivos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente	Não deficiente		
Internação				
Uma vez	7,05 (61)	5,37 (532)	4,59* [1,45 – 14,54]	3,10 [0,99 – 9,70]
Mais de uma vez	3,5 (16)	0,76 (86)	1,31 [0,77 – 2,21]	1,03 [0,60 – 1,76]
Gasto com serviço^(b)				
Não	92,46 (72)	97,78 (595)	0,94 [0,84 – 1,05]	0,93 [0,83 – 1,05]
Sim, parcial	0,01 (2)	0,99 (15)	0,01* [0,00 – 0,07]	0,01* [0,00 – 0,06]
Sim, integral	7,52 (4)	1,43 (8)	5,23 [0,74 – 36,8]	5,12 [0,7 – 37,2]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽²⁾	63,21 (42)	50,68 (376)	1,24 [0,85 – 1,81]	1,33 [0,87 – 2,02]
Privado ⁽³⁾	34,55 (32)	52,2 (250)	0,66 [0,36 – 1,19]	0,62 [0,34 – 1,15]
Outro	26,41 (4)	1,06 (9)	24,0* [5,23 – 116,6]	16,0* [2,63 – 102,6]
Avaliação do serviço^(b)				
Muito bom/bom	98,54 (72)	92,28 (550)	1,02 [0,94 – 1,1]	0,95 [0,87 – 1,02]
Regular	5,12 (4)	9,01 (46)	0,56 [0,13 – 2,39]	1,25 [0,28 – 5,58]
Ruim	4,17 (3)	2,09 (25)	1,43 [0,26 – 7,91]	2,07 [0,18 – 22,9]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽³⁾ Serviços de saúde de sindicatos, plano individual, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

*p<0,05

Na Tabela 15, pode-se observar a distribuição das prevalências de internações nos 12 meses anteriores à entrevista, gastos com o serviço utilizado, cobertura do gasto com a internação e avaliação do serviço prestado durante a internação entre os deficientes físicos e os não-deficientes físicos. Pelo exame da referida tabela, verifica-se que os deficientes físicos relataram 183% mais internações múltiplas (mais de uma internação) quando comparados com os não-deficientes físicos (p<0,05). Os deficientes registraram 89% mais cobertura do gasto pela fonte pública (p<0,05). Com relação à avaliação do atendimento recebido durante as internações, entre os deficientes 861% mais pessoas relataram que o atendimento teria sido ruim, quando comparados com os não-deficientes físicos (p<0,05).

Tabela 15: Internações nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes físicos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente	Não deficiente		
Internação				
Uma vez	17,74 (29)	5,31 (564)	6,50* [1,46 – 28,9]	4,54 [0,94 – 21,8]
Mais de uma vez	5,4 (9)	0,83 (93)	3,34* [1,49 – 7,48]	2,83* [1,18 – 6,8]
Gasto com serviço^(b)				
Não	97,58 (36)	97,39 (628)	1,00 [0,94 – 1,05]	0,99 [0,94 – 1,04]
Sim, parcial	0,12 (1)	0,95 (16)	0,12 [0,01 – 1,29]	0,13 [0,01 – 1,66]
Sim, integral	2,29 (1)	1,86 (11)	1,23 [0,11 – 13,4]	1,61 [0,19 – 13,1]
Cobertura do gasto^(b)				
Público⁽²⁾	96,76 (34)	49,6 (384)	1,95* [1,66 – 2,28]	1,89* [1,54 – 2,32]
Privado⁽³⁾	0,94 (3)	53,12 (279)	0,01* [0,00 – 0,11]	0,01* [0,00 – 0,12]
Outro	2,29 (1)	2,89 (12)	0,79 [0,07 – 8,91]	0,46 [0,04 – 5,1]
Avaliação do serviço^(b)				
Muito bom/bom	100,0 (38)	92,12 (84)	1,08* [1,04 – 1,12]	1,05* [1,02 – 1,09]
Regular	2,09 (1)	8,97 (49)	0,32 [0,03 – 2,82]	0,61 [0,07 – 5,2]
Ruim	18,29 (1)	2,34 (27)	7,81* [1,19 – 51,1]	7,61* [1,24 – 46,7]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽³⁾ Serviços de saúde de sindicatos, plano individual, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

*p<0,05

Na Tabela 16, temos a distribuição das consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista, categoria do serviço utilizado, gasto como serviço e cobertura do gasto do serviço utilizado entre deficientes visuais e não-deficientes visuais. Percebe-se que os deficientes visuais tiveram gasto integral menor do que dos indivíduos não-deficientes visuais.

Tabela 16: Consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes visuais, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Consulta	37,93 (238)	44,11 (3153)	0,85 [0,69 – 1,06]	0,86 [0,68 – 1,07]
Categoria do serviço				
Público ⁽⁴⁾	13,47 (59)	14,93 (620)	0,90 [0,46 – 1,75]	1,22 [0,62 – 2,39]
Privado ⁽⁵⁾	85,82 (172)	84,37 (2420)	1,01 [0,91 1,13]	0,96 [0,86 – 1,07]
Outro	0,7 (4)	0,7 (59)	1,00 [0,15 – 6,61]	1,37 [0,18 – 10,06]
Gasto com serviço^(b)				
Não	39,05 (88)	36,78 (1192)	1,06 [0,77 – 1,45]	1,21 [0,88 – 1,67]
Sim, parcial	10,09 (14)	4,08 (162)	2,47* [1,05 – 5,78]	2,16 [0,87 – 5,36]
Sim, integral	50,86 (133)	59,13 (1760)	0,86 [0,69 – 1,75]	0,79* [0,64 – 0,98]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	66,01 (98)	63,69 (729)	1,03 [0,77 – 1,37]	1,09 [0,82 – 2,45]
Privado ⁽⁵⁾	33,29 (29)	34,39 (295)	0,96 [0,57 – 1,61]	0,91 [0,54 – 1,51]
Outro	3,15 (6)	4,24 (43)	0,74 [0,24 – 2,22]	0,65 [0,22 – 1,92]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 14 no item “cobertura do gasto”.

* p<0,05

A seguir temos a Tabela 17, que traz a distribuição das consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista, categoria do serviço utilizado, gasto como serviço e cobertura do gasto do serviço utilizado, entre deficientes auditivos e não-deficientes auditivos. Percebe-se que houve maior cobertura do gasto dos deficientes auditivos pelo setor público, com RP=1,34 (p<0,05) e, por consequência, menor cobertura pelo setor privado, com RP=0,40 (p<0,05) quando comparados com os não-deficientes auditivos.

Tabela 17: Consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes auditivos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95 %]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95 %]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Consulta	39,09 (183)	43,92 (3208)	0,89 [0,73 – 1,08]	0,89 [0,72 – 1,08]
Categoria do serviço				
Público ⁽⁴⁾	16,03 (26)	14,8 (653)	1,08 [0,45 – 2,56]	1,87 [0,77 – 4,54]
Privado ⁽⁵⁾	83,86 (148)	84,47 (2444)	0,99 [0,84 – 1,16]	0,91 [0,76 – 1,08]
Outro	0,10 (4)	0,72 (59)	0,14* [0,04 – 0,49]	0,18 [0,03 – 1,10]
Gasto com serviço^(b)				
Não	41,74 (59)	36,71 (1221)	1,13 [0,77 – 1,66]	1,38 [0,92 – 2,06]
Sim, parcial	5,73 (11)	4,35 (165)	1,31 [0,48 – 3,58]	1,15 [0,37 – 3,59]
Sim, integral	52,53 (108)	58,93 (1785)	0,89 [0,64 – 1,22]	0,80 [0,57 – 1,11]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	79,81 (71)	62,67 (756)	1,27* [1,05 – 1,53]	1,34* [1,09 – 1,64]
Privado ⁽⁵⁾	14,93 (24)	35,87 (300)	0,41* [0,20 – 0,82]	0,40* [0,20 – 0,80]
Outro	5,26 (4)	3,99 (45)	1,31 [0,38 – 4,52]	1,02 [0,27 – 3,81]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 20 no item “cobertura do gasto”.

* $p < 0,05$

Na Tabela 18, temos a distribuição das consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista, categoria do serviço utilizado, gasto como serviço e cobertura do gasto do serviço utilizado entre os deficientes físicos e os não-deficientes físicos. Percebe-se que houve menor prevalência de consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista entre os deficientes físicos, com $RP=0,56$ ($p < 0,05$) quando comparados com os não-deficientes físicos. Houve ainda, predominância do setor público no tipo de serviço utilizado pelos deficientes, com $RP=3,05$ ($p < 0,05$) quando comparados com os não-deficientes físicos.

Tabela 18: Consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista em deficientes físicos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Consulta	24,92 (33)	43,92 (3358)	0,56 [0,32 – 1,00]	0,56* [0,32 – 0,99]
Categoria do serviço				
Público⁽⁴⁾	33,2 (8)	14,75 (671)	2,25 [0,82 – 6,14]	3,05* [1,09 – 8,54]
Privado ⁽⁵⁾	61,19 (22)	84,57 (2570)	0,72 [0,41 – 1,25]	0,68 [0,39 – 1,16]
Outro	5,6 (1)	0,67 (62)	8,26 [0,94 – 71,9]	9,67 [0,85 – 109,1]
Gasto com serviço^(b)				
Não	40,03 (13)	36,89 (1267)	1,08 [0,47 – 2,5]	1,21 [0,5 – 2,89]
Sim, parcial	8,95 (3)	4,38 (173)	2,04 [0,67 – 6,15]	1,97 [0,75 – 5,19]
Sim, integral	51,01 (16)	58,73 (1877)	0,86 [0,41 – 1,81]	0,81 [0,38 – 1,72]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	80,1 (23)	63,83 (804)	1,25 [0,85 – 1,83]	1,32 [0,91 – 1,94]
Privado ⁽⁵⁾	19,78 (4)	34,4 (320)	0,57 [0,13 – 2,4]	0,53 [0,12 – 2,18]
Outro	11,0 (2)	4,01 (47)	2,74 [0,38 – 19,48]	2,56 [0,32 – 20,4]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 4 no item “cobertura do gasto”.

* $p < 0,05$

Pela observação da Tabela 19 podemos verificar a distribuição das prevalências de uso de serviços de saúde por outros motivos (tais como exame médico, pré-natal, puericultura, etc), tipo de serviço utilizado, gasto com o serviço, modalidade de cobertura do gasto e avaliação do serviço utilizado entre os deficientes visuais e não-deficientes visuais. Verifica-se que os deficientes visuais procuraram menos esses outros serviços, com $RP=0,87$ ($p < 0,05$).

Na Tabela 20, apresentada a seguir, vê-se a distribuição das prevalências de uso de serviços de saúde por outros motivos (tais como exame médico, pré-natal, puericultura, etc), tipo de serviço utilizado, gasto com o serviço, modalidade de cobertura do gasto e avaliação do serviço utilizado entre os deficientes auditivos e não-deficientes auditivos. Pode-se observar que houve maior utilização de serviços básicos (Unidade Básica de Saúde, consultório, ambulatório), com $RP=1,31$; menos utilização de serviços hospitalares (pronto socorro, hospital), com $RP=0,49$ e mais utilização de outros tipos de serviços com

RP=14,0 quando comparamos os deficientes com os não-deficientes com $p < 0,05$ para as RPs anteriores.

Tabela 19: Uso de serviços de saúde por outros motivos (atestado médico, pré-natal, puericultura, parto, exame rotina, tratamento de reabilitação, exames preventivos, vacinação) pelos deficientes visuais, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Procura	24,55 (138)	89,41 (6389)	0,84* [0,77 – 0,92]	0,87* [0,8 – 0,95]
Motivo da procura^(b)				
Atestado médico	3,15 (1)	1,29 (10)	2,43 [0,23 – 25,23]	4,59 [0,48 – 43,9]
Pré-natal	1,53 (4)	4,03 (20)	0,38 [0,06 – 2,38]	0,47 [0,06 – 3,29]
Puericultura	0	2,97 (102)	-	-
Parto	0	0,11 (3)	-	-
Exame de rotina	19,55 (42)	15,54 (231)	1,25 [0,71 – 2,22]	1,07 [0,57 – 1,99]
Reabilitação	3,61 (7)	3,63 (29)	0,99 [0,28 – 3,47]	1,36 [0,38 – 4,78]
Exames preventivos	5,95 (15)	12,53 (90)	0,47 [0,14 – 1,54]	0,41 [0,13 – 1,34]
Vacinação	4,11 (19)	12,72 (276)	0,32* [0,13 – 0,80]	0,48 [0,19 – 1,19]
Outros	69,74 (72)	53,35 (465)	1,30* [1,03 – 1,65]	1,18 [0,92 – 1,51]
Tipo de serviço^(b)				
Básico ⁽²⁾	67,47 (100)	64,07 (771)	1,05 [0,80 – 1,38]	1,10 [0,84 – 1,45]
Hospitalar ⁽³⁾	30,95 (36)	35,66 (349)	0,86 [0,51 – 1,47]	0,80 [0,47 – 1,35]
Outro	0,11 (2)	0,33 (12)	0,34 [0,03 – 3,05]	0,33 [0,03 – 3,01]
Gasto com serviço^(b)				
Não	98,47 (128)	95,29 (999)	1,03* [1,01 – 1,06]	1,03 [0,99 – 1,07]
Sim, parcial	0,49 (1)	2,72 (38)	0,18 [0,02 – 1,45]	0,22 [0,02 – 2,0]
Sim, integral	1,53 (3)	2,45 (38)	0,62 [0,12 – 3,0]	0,49 [0,10 – 2,26]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	14,88 (58)	16,05 (612)	0,92 [0,47 – 1,81]	1,24 [0,63 – 2,44]
Privado ⁽⁵⁾	16,99 (17)	16,48 (431)	1,03 [0,5 – 2,1]	0,99 [0,47 – 1,98]
Outro	70,9 (73)	67,51 (954)	1,05 [0,85 – 1,28]	0,98 [0,80 – 1,21]
Avaliação do serviço^(b)				
Muito bom/bom	84,83 (114)	81,14 (898)	1,04 [0,9 – 1,21]	1,03 [0,88 – 1,2]
Regular	13,05 (13)	13,96 (126)	0,93 [0,38 – 2,28]	0,94 [0,36 – 2,46]
Ruim	4,07 (7)	4,28 (51)	0,95 [0,30 – 2,98]	0,90 [0,28 – 2,9]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 6 no item “tipo de serviço”.

* $p < 0,05$

Tabela 20: Uso de serviços de saúde por outros motivos (atestado médico, pré-natal, puericultura, parto, exame rotina, tratamento de reabilitação, exames preventivos, vacinação) pelos deficientes auditivos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta)	RP (ajustada) ⁽¹⁾
	Deficiente ^(c)	Não deficiente	[IC-95 %]	[IC-95 %]
Procura	19,49 (106)	11,12 (1167)	0,90* [0,82 – 0,99]	0,92 [0,83 – 1,02]
Motivo da procura^(b)				
Atestado médico	0	1,67 (11)	-	-
Pré-natal	0	3,98 (24)	-	-
Puericultura	0	2,77 (102)	-	-
Parto	0	0,11 (3)	-	-
Exame de rotina	22,57 (35)	15,57 (238)	1,44 [0,59 – 3,5]	1,34 [0,54 – 3,3]
Reabilitação	4,23 (3)	3,58 (33)	1,18 [0,37 – 3,69]	1,18 [0,35 – 3,88]
Exames preventivos	9,25 (10)	11,82 (95)	0,78 [0,18 – 3,35]	0,72 [0,18 – 2,87]
Vacinação	8,14 (14)	11,81 (281)	0,68 [0,29 – 1,6]	0,86 [0,4 – 1,85]
Outros	58,25 (52)	55,4 (485)	1,05 [0,69 – 1,58]	0,93 [0,62 – 1,4]
Tipo de serviço^(b)				
Básico⁽²⁾	78,86 (75)	63,39 (796)	1,24* [1,03 – 1,49]	1,31* [1,08 – 1,6]
Hospitalar⁽³⁾	19,87 (31)	36,24 (354)	0,54 [0,29 – 1,01]	0,49* [0,27 – 0,91]
Outro	1,53 (3)	0,20 (11)	7,52 [0,85 – 66,4]	14,0* [1,49 – 144,9]
Gasto com serviço^(b)				
Não	96,09 (96)	95,71 (1031)	1,00 [0,95 – 1,05]	1,00 [0,95 – 1,06]
Sim, parcial	0,65 (1)	2,55 (38)	0,25 [0,04 – 1,57]	0,37 [0,05 – 2,7]
Sim, integral	3,52 (5)	2,21 (36)	1,58 [0,37 – 6,65]	0,86 [0,16 – 4,54]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	17,08 (26)	15,94 (644)	1,07 [0,45 – 2,53]	1,84 [0,75 – 4,48]
Privado ⁽⁵⁾	20,02 (26)	16,37 (422)	1,22 [0,56 – 2,62]	1,12 [0,49 – 2,52]
Outro	60,24 (53)	68,0 (974)	0,88 [0,64 – 1,21]	0,80 [0,57 – 1,11]
Avaliação do serviço^(b)				
Muito bom/bom	84,27 (87)	81,44 (925)	1,03 [0,84 – 1,26]	1,01 [0,83 – 1,22]
Regular	12,49 (9)	13,94 (130)	0,89 [0,22 – 3,64]	0,91 [0,24 – 3,41]
Ruim	3,77 (3)	4,29 (52)	0,87 [0,24 – 3,14]	0,96 [0,27 – 3,33]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 6 no item “cobertura do gasto”.

*p<0,05

Adiante temos a Tabela 21, que traz a distribuição das prevalências de uso de serviços de saúde por outros motivos (tais como exame médico, pré-natal, puericultura, etc), tipo de serviço utilizado, gasto com o serviço, modalidade de cobertura do gasto e avaliação do serviço utilizado entre os deficientes físicos e não-deficientes físicos. Percebe-se que houve mais utilização dos outros serviços de saúde para a reabilitação entre os deficientes físicos se comparados com os não-deficientes físicos, com RP=6,74 e menos

utilização para a vacinação, com $RP=0,04$ quando comparados deficientes e não-deficientes físicos ($p<0,05$ para ambos). Com relação ao tipo de serviço utilizado, houve predominância da classe “outros” entre os deficientes físicos, $RP=53,0$ ($p<0,05$). Relativamente ao gasto com serviço, mais deficientes físicos não tiveram gastos, se comparados com os não-deficientes físicos, $RP=1,04$ ($p<0,05$). A cobertura do gasto na categoria público foi maior entre os deficientes físicos do que entre os não-deficientes físicos, $RP=3,42$ ($p<0,05$). A avaliação do serviço como bom foi mais relatada pelos deficientes físicos que pelos não-deficientes, $RP=1,20$ ($p<0,05$).

Na Tabela 22 temos a distribuição da realização de exames preventivos (papanicolau, palpação das mamas, mamografia e próstata), tipo de gasto e cobertura do gasto entre os deficientes visuais e não-deficientes visuais. Percebe-se que os deficientes visuais realizaram menos exames em serviços que se enquadram como outros, não sendo nem o serviço básico, nem o hospitalar, $RP=0,004$ ($p<0,05$). A RP bruta para a cobertura do gasto indicou que houve mais cobertura do gasto pelo setor público, $RP=1,63$ e menos para o setor privado, $RP=0,58$, porém, após o ajuste por idade e sexo, essas diferenças desaparecem.

Tabela 21: Uso de serviços de saúde por outros motivos (atestado médico, pré-natal, puericultura, parto, exame rotina, tratamento de reabilitação, exames preventivos, vacinação) pelos deficientes físicos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Procura	12,04 (31)	11,48 (1242)	0,99 [0,89 – 1,1]	1,00 [0,9 – 1,11]
Motivo da procura^(b)				
Atestado médico	0	1,56 (11)	-	-
Pré-natal	0	3,74 (24)	-	-
Puericultura	0	2,6 (102)	-	-
Parto	0	0,10 (3)	-	-
Exame de rotina	20,3 (11)	16,04 (262)	1,26 [0,43 – 3,71]	1,07 [0,35 – 3,24]
Reabilitação	17,62 (4)	3,46 (32)	5,08* [1,36 – 18,9]	6,74* [1,82 – 24,8]
Exames preventivos	8,38 (5)	11,67 (100)	0,71 [0,15 – 3,26]	0,65 [0,13 – 3,16]
Vacinação	0,39 (2)	11,67 (293)	0,03* [0,00 – 0,16]	0,04* [0,00 – 0,23]
Outros	70,73 (13)	55,43 (524)	1,27 [0,87 – 1,86]	1,14 [0,78 – 1,68]
Tipo de serviço^(b)				
Básico ⁽²⁾	71,53 (21)	64,46 (850)	1,10 [0,71 – 1,71]	1,15 [0,73 – 1,81]
Hospitalar ⁽³⁾	18,69 (7)	35,21 (378)	0,53 [0,13 – 2,02]	0,49 [0,13 – 1,87]
Outro	9,58 (1)	0,19 (13)	49,0* [5,06 – 436,0]	53,0* [4,79 – 607,1]
Gasto com serviço^(b)				
Não	99,78 (28)	95,69 (1099)	1,04* [1,02 – 1,06]	1,04* [1,01 – 1,06]
Sim, parcial	0	2,43 (39)	-	-
Sim, integral	0	2,34 (41)	-	-
Cobertura do gasto^(b)				
Público⁽⁴⁾	40,25 (9)	15,84 (661)	2,54* [1,08 – 5,94]	3,42* [1,44 – 8,14]
Privado ⁽⁵⁾	6,15 (3)	16,57 (445)	0,37 [0,06 – 2,01]	0,34 [0,06 – 1,75]
Outro	64,66 (13)	67,71 (1014)	0,95 [0,55 – 1,64]	0,90 [0,52 – 1,56]
Avaliação do serviço^(b)				
Muito bom/bom	99,32 (26)	91,52 (986)	1,21* [1,15 – 1,28]	1,20* [1,11 – 1,29]
Regular	0,34 (1)	13,94 (138)	0,02* [0,00 – 0,20]	0,02* [0,00 – 0,21]
Ruim	0	4,28 (58)	-	-

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 6 no item “tipo de serviço”.

*p<0,05

Tabela 22: Realização de exames preventivos pelos deficientes visuais, 2002 e 2003.

	Prevalência (%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95 %]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95 %]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Papanicolau ⁽⁶⁾	91,22 (278)	85,38 (1599)	1,06 [0,99 – 1,14]	1,03 [0,96 – 1,09]
Tipo de serviço				
Básico ⁽²⁾	86,52 (213)	89,29 (1348)	0,96 [0,87 – 1,07]	1,00 [0,9 – 1,10]
Hospitalar ⁽³⁾	13,47 (61)	8,52 (205)	1,58 [0,80 – 3,11]	1,15 [0,6 – 2,21]
Outro	+ (2)	2,17 (38)	0,004* [0,00 – 0,02]	0,004* [0,00 – 0,02]
Exame das mamas ⁽⁶⁾	46,36 (126)	50,94 (983)	0,90 [0,67 – 1,22]	0,93 [0,7 – 1,25]
Tipo de serviço				
Básico ⁽²⁾	83,8 (92)	85,21 (828)	0,98 [0,84 – 1,14]	1,01 [0,88 – 1,17]
Hospitalar ⁽³⁾	15,55 (31)	13,63 (135)	1,14 [0,50 – 2,58]	0,93 [0,42 – 2,05]
Outro	0,65 (3)	1,16 (15)	0,55 [0,07 – 4,08]	0,39 [0,05 – 2,79]
Mamografia ⁽⁷⁾	68,16 (145)	71,93 (793)	0,94 [0,81 – 1,1]	1,03 [0,89 – 1,19]
Cobertura do gasto ^(b)				
Público ⁽⁴⁾	57,06 (86)	40,6 (322)	1,40 [0,98 – 1,99]	1,13 [0,86 – 1,49]
Privado ⁽⁵⁾	40,67 (53)	54,13 (420)	0,74 [0,48 – 1,15]	0,82 [0,55 – 1,21]
Outro	2,27 (5)	5,26 (46)	0,43 [0,09 – 1,92]	0,46 [0,11 – 1,82]
Próstata ⁽⁸⁾	46,53 (118)	41,6 (650)	1,11 [0,74 – 1,67]	1,00 [0,69 – 1,46]
Cobertura do gasto ^(b)				
Público ⁽⁴⁾	50,17 (61)	30,72 (228)	1,63* [1,01 – 2,66]	1,18 [0,77 – 1,8]
Privado ⁽⁵⁾	40,37 (50)	68,55 (344)	0,58* [0,35 – 0,97]	0,68 [0,41 – 1,12]
Outro	35,73 (30)	42,04 (219)	0,61 [0,29 – 1,26]	0,64 [0,31 – 1,33]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e escolaridade.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

⁽⁶⁾ Para mulheres com 20 anos ou mais.

⁽⁷⁾ Para mulheres com 40 anos ou mais.

⁽⁸⁾ Para homens com 40 anos ou mais.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 2 no item “tipo de serviço para Papanicolau”.

+prevalência menor que 0,01%.

*p<0,05

Adiante temos a Tabela 23, que traz a distribuição da realização de exames preventivos (papanicolau, palpação das mamas, mamografia e próstata), tipo de gasto e cobertura do gasto entre os deficientes auditivos e não-deficientes auditivos. Pelo exame da referida tabela percebe-se que houve menos exames de palpação das mamas entre as mulheres deficientes do que entre as mulheres não-deficientes, RP=0,68 (p<0,05). E as deficientes usaram 102% mais o serviço de tipo hospitalar (pronto socorro e hospital) para realização do exame (p<0,05). O cálculo da razão de prevalência bruta indicou que houve

mais realizações de exames de próstata entre os deficientes, $RP=1,30$, entretanto, essa diferença não persiste após o ajuste por idade e sexo.

Na Tabela 24, temos a distribuição da realização de exames preventivos (papanicolau, palpação das mamas, mamografia e próstata), tipo de gasto e cobertura do gasto entre os deficientes físicos e não-deficientes físicos. Percebe-se que entre as mulheres deficientes físicas houve menor realização de exame de palpação das mamas, $RP=0,31$ ($p<0,05$). Quando realizado o exame de palpação das mamas, foi feito entre as deficientes físicas mais vezes em outro serviço quando comparadas com as não-deficientes físicas, $RP=21,49$ ($p<0,05$). O exame de próstata foi feito menos vezes pelos deficientes físicos quando comparados com os não-deficientes, $RP=0,57$ ($p<0,05$).

Tabela 23: Realização de exames preventivos pelos deficientes auditivos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Papanicolau⁽⁶⁾	86,58 (184)	85,98 (1693)	1,00 [0,9 – 1,12]	0,96 [0,86 – 1,07]
Tipo de serviço				
Básico ⁽²⁾	84,87 (135)	89,19 (1426)	0,95 [0,86 – 1,05]	0,98 [0,89 – 1,07]
Hospitalar ⁽³⁾	13,8 (39)	8,84 (227)	1,55 [0,82 – 2,94]	1,15 [0,66 – 2,0]
Outro	1,33 (7)	1,96 (33)	0,67 [0,18 – 2,49]	0,71 [0,2 – 2,43]
Exame das mamas⁽⁶⁾	36,78 (99)	51,17 (1010)	0,71 [0,50 – 1,03]	0,68* [0,48 – 0,96]
Tipo de serviço				
Básico ⁽²⁾	66,99 (68)	85,75 (852)	0,78* [0,61 – 0,99]	0,80 [0,63 – 1,01]
Hospitalar ⁽³⁾	30,78 (25)	13,17 (141)	2,33* [1,26 – 4,33]	2,02* [1,12 – 3,64]
Outro	2,32 (5)	1,07 (13)	2,07 [0,36 – 11,7]	1,78 [0,37 – 8,35]
Mamografia⁽⁷⁾	67,81 (111)	71,62 (827)	0,94 [0,8 – 1,11]	1,00 [0,87 – 1,15]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	37,54 (57)	43,43 (351)	0,86 [0,56 – 1,34]	0,95 [0,65 – 1,38]
Privado ⁽⁵⁾	56,31 (49)	51,84 (424)	1,09 [0,82 – 1,44]	1,06 [0,81 – 1,38]
Outro	6,14 (5)	4,72 (46)	1,30 [0,3 – 5,59]	1,16 [0,34 – 3,92]
Próstata⁽⁸⁾	53,01 (151)	40,67 (617)	1,30* [1,01 – 1,69]	1,04 [0,8 – 1,36]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	40,39 (61)	31,71 (228)	1,27 [0,71 – 2,28]	1,25 [0,71 – 2,19]
Privado ⁽⁵⁾	59,58 (78)	66,19 (316)	0,90 [0,62 – 1,29]	0,93 [0,64 – 1,34]
Outro	45,53 (55)	39,07 (194)	1,16 [0,72 – 1,87]	1,15 [0,71 – 1,85]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e escolaridade.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

⁽⁶⁾ Para mulheres com 20 anos ou mais.

⁽⁷⁾ Para mulheres com 40 anos ou mais.

⁽⁸⁾ Para homens com 40 anos ou mais.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 3 no item “tipo de serviço para Papanicolau”.

+prevalência menor que 0,01%.

*p<0,05

Tabela 24: Realização de exames preventivos pelos deficientes físicos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente	Não deficiente		
Papanicolau⁽⁶⁾	80,38 (30)	86,07 (1847)	0,93 [0,66 – 1,3]	0,87 [0,63 – 1,2]
Tipo de serviço				
Básico ⁽²⁾	74,12 (21)	89,13 (1540)	0,83 [0,54 – 1,26]	0,88 [0,57 – 1,35]
Hospitalar ⁽³⁾	22,96 (8)	8,95 (258)	2,56 [0,66 – 9,94]	1,57 [0,36 – 6,77]
Outro	2,92 (1)	1,92 (39)	1,51 [0,17 – 13,04]	1,72 [0,18 – 15,8]
Exame das mamas⁽⁶⁾	16,13 (16)	50,82 (1093)	0,31* [0,12 – 0,78]	0,31* [0,12 – 0,79]
Tipo de serviço				
Básico ⁽²⁾	54,38 (10)	85,17 (910)	0,63 [0,31 – 1,31]	0,69 [0,33 – 1,46]
Hospitalar ⁽³⁾	15,08 (3)	13,81 (163)	1,09 [0,18 – 6,53]	0,69 [0,11 – 3,99]
Outro	30,54 (3)	1,01 (15)	30,11* [5,26 – 172,1]	21,49* [3,26 – 141,5]
Mamografia⁽⁷⁾	30,23 (17)	72,13 (921)	0,41 [0,16 – 1,08]	0,44 [0,17 – 1,16]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	18,89 (11)	43,23 (397)	0,40 [0,10 – 1,54]	0,39 [0,1 – 1,44]
Privado ⁽⁵⁾	66,19 (5)	52,03 (468)	1,16 [0,58 – 2,31]	1,22 [0,66 – 2,26]
Outro	14,92 (2)	4,74 (49)	2,88 [0,88 – 21,7]	2,93 [0,37 – 23,1]
Próstata⁽⁸⁾	30,61 (32)	42,36 (736)	0,72 [0,39 – 1,33]	0,57* [0,33 – 0,99]
Cobertura do gasto^(b)				
Público ⁽⁴⁾	48,73 (17)	32,78 (272)	1,48 [0,79 – 2,76]	1,14 [0,71 – 1,83]
Privado ⁽⁵⁾	51,27 (12)	65,41 (382)	0,78 [0,45 – 1,36]	0,89 [0,54 – 1,48]
Outro	17,17 (3)	40,49 (246)	0,42 [0,12 – 1,46]	0,43 [0,12 – 1,52]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e escolaridade.

⁽²⁾ Unidade de básica de saúde, consultório, ambulatório.

⁽³⁾ Pronto socorro, hospital.

⁽⁴⁾ SUS e Previdência Governamental.

⁽⁵⁾ Serviços de saúde de sindicatos, associações e empresa.

⁽⁶⁾ Para mulheres com 20 anos ou mais.

⁽⁷⁾ Para mulheres com 40 anos ou mais.

⁽⁸⁾ Para homens com 40 anos ou mais.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

+prevalência menor que 0,01%.

*p<0,05

A Tabela 25 traz a distribuição das porcentagens de uso de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, prescrição do medicamento, substituição por genéricos e vantagens dos genéricos entre deficientes visuais e não-deficientes visuais. Foi registrado maior consumo entre os deficientes visuais, RP=1,17 (p<0,05). Observa-se, também, que houve menor uso de medicamentos entre os indivíduos deficientes que entre os não deficientes visuais indicados por farmacêuticos ou balconistas, RP=0,26 (p<0,05). Com relação à substituição do medicamento por genéricos, 105% mais indivíduos deficientes visuais

desconheciam o que seriam os genéricos ($p < 0,05$); e houve ainda mais uso dos genéricos pelos indivíduos com a deficiência visual quando comparados com os não-deficientes visuais, $RP = 1,61$ ($p < 0,05$). Entre os deficientes, 764% mais indivíduos deficientes que entre os não-deficientes apontaram como principal vantagem dos genéricos a maior gama de opções ($p < 0,05$).

Tabela 25: Consumo de medicamentos pelos deficientes visuais, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Consumo	60,56 (481)	37,28 (3338)	1,62* [1,39 – 1,89]	1,17* [1,01 – 1,37]
Quem indicou^(b)				
Médico/dentista	82,46 (423)	69,15 (2662)	1,19* [1,06 – 1,34]	1,05 [0,93 – 1,19]
Farmacêutico/balconista	0,72 (6)	3,40 (73)	0,21* [0,06 – 0,68]	0,26* [0,08 – 0,84]
Automedicação	28,3 (78)	25,84 (569)	1,09 [0,73 – 1,63]	1,27 [0,84 – 1,91]
Parente/amigo/vizinho	3,79 (14)	6,34 (155)	0,59 [0,27 – 1,31]	1,02 [0,45 – 2,28]
Outro	0,97 (5)	1,55 (42)	0,62 [0,17 – 2,23]	1,07 [0,28 – 4,0]
Substituição por genéricos^(b)				
Desconhece genérico	10,92 (58)	4,97 (236)	2,19* [1,17 – 4,08]	2,05* [1,12 – 3,75]
Não sabe se é possível	29,34 (149)	37,5 (1240)	0,78 [0,55 – 1,09]	0,83 [0,59 – 1,16]
Não é possível	6,63 (45)	12,11 (368)	0,54* [0,31 – 0,95]	0,58 [0,33 – 1,01]
Possível	20,42 (108)	26,85 (761)	0,76 [0,5 – 1,15]	0,73 [0,46 – 1,15]
Usa genérico	32,69 (93)	18,56 (510)	1,76* [1,23 – 2,52]	1,61* [1,07 – 2,41]
Vantagens dos genéricos^(b)				
Não há	10,11 (31)	8,30 (236)	1,21 [0,67 – 2,2]	1,15 [0,61 – 2,18]
Mais barato	76,91 (306)	79,16 (2404)	0,97 [0,85 – 1,1]	0,98 [0,86 – 1,12]
Mais opções	3,35 (3)	0,43 (18)	7,67* [1,2 – 48,9]	8,64* [1,01 – 92,2]
Fácil encontrar	0,32 (1)	0,60 (13)	0,54 [0,06 – 4,77]	0,37 [0,04 – 3,32]
Outro	14,08 (38)	12,12 (235)	1,16 [0,58 – 2,29]	1,19 [0,59 – 2,39]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 102 no item “vantagens dos genéricos”.

* $p < 0,05$

A Tabela 26, que mostra a distribuição das porcentagens de uso de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, prescrição do medicamento, substituição por genéricos e vantagens dos genéricos entre deficientes auditivos e não-deficientes auditivos.

Tabela 26: Consumo de medicamentos pelos deficientes auditivos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95%]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95%]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Consumo	59,64 (394)	37,83 (3425)	1,57* [1,29 – 1,91]	1,18 [0,97 – 1,43]
Quem indicou^(b)				
Médico/dentista	81,35 (354)	69,7 (2731)	1,16* [1,01 – 1,34]	1,00 [0,87 – 1,15]
Farmacêutico/balconista	1,40 (5)	3,62 (74)	0,43 [0,15 – 1,19]	0,57 [0,2 – 1,62]
Automedicação	19,45 (48)	26,57 (594)	0,73 [0,43 – 1,23]	0,88 [0,52 – 1,47]
Parente/amigo/vizinho	2,44 (12)	6,35 (157)	0,38* [0,17 – 0,86]	0,75 [0,31 – 1,81]
Outro	3,46 (5)	1,35 (42)	2,46 [0,4 – 16,3]	4,08 [0,65 – 25,2]
Substituição por genéricos^(b)				
Desconhece genérico	5,46 (38)	5,62 (256)	0,97 [0,5 – 1,85]	0,81 [0,42 – 1,57]
Não sabe se é possível	36,61 (124)	36,63 (1265)	0,99 [0,75 – 1,32]	1,16 [0,87 – 1,54]
Não é possível	12,51 (32)	11,44 (381)	1,09 [0,57 – 2,08]	1,14 [0,59 – 2,21]
Possível	25,49 (99)	26,21 (770)	0,97 [0,67 – 1,4]	0,91 [0,61 – 1,37]
Usa genérico	19,92 (77)	20,08 (526)	0,99 [0,6 – 1,92]	0,82 [0,51 – 1,33]
Vantagens dos genéricos^(b)				
Não há	6,98 (19)	8,58 (248)	0,81 [0,31 – 2,12]	0,71 [0,25 – 2,01]
Mais barato	80,2 (278)	78,86 (24,32)	1,01 [0,9 – 1,14]	1,03 [0,91 – 1,17]
Mais opções	1,98 (3)	0,62 (18)	3,16 [0,41 – 24,2]	3,72 [0,41 – 33,5]
Fácil encontrar	1,10 (2)	0,53 (12)	2,05 [0,39 – 10,5]	1,64 [0,3 – 8,98]
Outro	10,3 (21)	12,45 (252)	0,82 [0,34 – 1,96]	0,85 [0,33 – 2,14]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 71 no item “vantagens dos genéricos”.

*p<0,05

Na Tabela 27, a seguir, temos a distribuição das porcentagens de uso de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, prescrição do medicamento, substituição por genéricos e vantagens dos genéricos entre deficientes físicos e não-deficientes físicos. Percebe-se que houve maior consumo de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista entre os deficientes físicos, RP=1,40 (p<0,05) quando comparados com os não-deficientes físicos. Menos indivíduos deficientes físicos consumiram medicamentos indicados por farmacêutico ou balconista, RP=0,01 (p<0,05), outras indicações, RP=0,02 (p<0,05) e por automedicação, RP=0,14 (p<0,05). Com relação à substituição do medicamento usado por genéricos, 226% mais deficientes físicos declararam desconhecer o que sejam os genéricos quando comparados com os indivíduos não-deficientes físicos (p<0,05); e menos deficientes do que não-deficientes, RP=0,08 (p<0,05) disseram não ser possível a substituição do medicamento usado por genéricos. Quando questionados sobre as vantagens dos genéricos, 1174% mais deficientes físicos relataram que a principal era que haveria mais opções e menos deficientes físicos disseram que não há vantagens, RP=0,02 (p<0,05).

Tabela 27: Consumo de medicamentos pelos deficientes físicos, 2002 e 2003.

	Prevalência(%) ^(a)		RP (bruta) [IC-95 %]	RP (ajustada) ⁽¹⁾ [IC-95 %]
	Deficiente ^(c)	Não deficiente		
Consumo	67,43 (108)	38,45 (3711)	1,75* [1,38 – 2,21]	1,40* [1,13 – 1,73]
Quem indicou^(b)				
Médico/dentista	90,42 (102)	70,09 (2983)	1,29* [1,09 – 1,51]	1,17 [0,99 – 1,38]
Farmacêutico/balconista	0,03 (1)	3,2 (78)	0,01* [0,00 – 0,09]	0,01* [0,00 – 0,10]
Automedicação	3,51 (7)	26,54 (635)	0,13* [0,03 – 0,5]	0,14* [0,03 – 0,59]
Parente/amigo/vizinho	9,21 (3)	6,02 (166)	1,52 [0,32 – 7,21]	2,36 [0,49 – 11,4]
Outro	0,03 (1)	1,52 (46)	0,02* [0,00 – 0,18]	0,02* [0,00 – 0,22]
Substituição por genéricos^(b)				
Desconhece genérico	19,09 (15)	5,35 (279)	3,56* [1,36 – 9,3]	3,26* [1,2 – 8,79]
Não sabe se é possível	27,89 (33)	36,8 (1356)	0,75 [0,38 – 1,49]	0,84 [0,42 – 1,69]
Não é possível	0,95 (5)	11,72 (408)	0,08* [0,02 – 0,33]	0,08* [0,01 – 0,33]
Possível	29,9 (28)	26,09 (841)	1,14 [0,57 – 2,29]	1,10 [0,53 – 2,26]
Usa genérico	22,17 (19)	20,03 (584)	1,10 [0,49 – 2,46]	0,98 [0,42 – 2,29]
Vantagens dos genéricos^(b)				
Não há	0,27 (4)	8,61 (263)	0,03* [0,00 – 0,11]	0,02* [0,00 – 0,10]
Mais barato	83,95 (73)	78,86 (2634)	1,06 [0,82 – 1,37]	1,07 [0,83 – 1,38]
Mais opções	6,73 (2)	0,61 (19)	11,02* [1,36 – 89,3]	12,74* [1,29 – 125,0]
Fácil encontrar	0	0,58 (14)	-	-
Outro	15,7 (6)	12,25 (267)	1,28 [0,35 – 4,58]	1,32 [0,34 – 5,02]

⁽¹⁾ Razão de Prevalência ajustada por idade e sexo.

^(a) Prevalências ou proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados para todas as idades; (n) número na amostra não ponderada.

^(b) Questão de múltipla resposta, a soma das porcentagens pode ultrapassar 100%.

^(c) Maior número de não respostas: 23 no item “vantagens dos genéricos”.

*p<0,05

5. Discussão

5.1. Prevalência de deficiências e características sócio-demográficas dos deficientes

A prevalência das deficiências é um tema bastante controverso. Muitos são os relatos de que as estatísticas são escassas e discrepantes em muitos estudos realizados pelo mundo (OPAS 1990; DFID, 2000; DUDZIK et al. 2004; WARREN 1987). Um fator importante que pode influenciar no registro das prevalências de deficiências, gerando variações, é a maneira de coleta da informação. Podem haver diferenças, mais fortemente notadas nos casos de deficiência física e auditiva, uma vez que os dados podem diferir quando se comparam os dados obtidos dos indivíduos que se auto-declaram deficientes com a comprovação médica da deficiência. DUDZIK et al. (2004) relatam ainda que em países cuja população é vítima de conflitos armados, a prevalência das deficiências tende a aumentar em virtude das seqüelas de guerra, gerando também, alterações nas prevalências.

Quando se analisa a prevalência da deficiência em face de prevalências de algumas doenças crônicas, percebe-se que há uma necessidade de investimento em políticas de saúde e de planejamento em saúde para a população portadora de algum tipo de deficiência. Verificou-se que a prevalência de algum tipo de deficiência na população deste estudo foi de 143,2 por mil, maior que as de doenças como o câncer, o AVC, a depressão/ansiedade, a doença renal crônica, as doenças do coração, a osteoporose, as doenças do pulmão, o diabetes e a artrite/artrose/reumatismo. A prevalência de deficiência, 143,2 por mil, só foi ultrapassada pela hipertensão, depressão/ansiedade, alergia e pela enxaqueca/dor de cabeça, com 213,3 por mil. A prevalência de algum tipo de deficiência é parecida com a registrada no Chile, 129,0 por mil, e mostra que os países latinos têm semelhanças nessa área (ENDISC-CIF, 2004).

Entretanto, a questão das deficiências não tem a merecida atenção das autoridades. Enquanto as campanhas de prevenção do câncer e das outras diversas doenças são veiculadas a todo o momento pela mídia, a problemática dos deficientes parece relegada a um papel marginal na saúde da população, mesmo com a importância equivalente aos outros problemas de saúde, o que não deveria ocorrer, uma vez que a “Carta Magna” estabelece que a saúde é direito de “todos” e dever do Estado.

Além de não ter programas e campanhas específicas, o deficiente tem ainda, que enfrentar os obstáculos físicos e também o despreparo dos profissionais de saúde para uma comunicação com mesmos e a estrutura dos hospitais brasileiros, que não têm adaptações para as pessoas com necessidades especiais (MACHADO, 2001). Assim os deficientes têm problemas no acesso à saúde por não ser alvo de políticas de saúde apropriadas ao seu estado, mesmo sendo de domínio público o fato de essa população necessitar de maiores cuidados em saúde devido à sua condição física. Na esfera dos obstáculos físicos, o deficiente se vê muitas vezes frente à obstáculos difíceis de serem superados (distância geográfica, escadas), tem dificuldades de se locomover por falta de sinalização adequada (sinais luminosos para surdos e sonoros e em relevo para cegos), que impossibilitam sua chegada ou utilização do serviço de saúde. Porém, um dos principais problemas parece ser o apontado por MACHADO (2001), o despreparo da equipe médica no atendimento do deficiente. Nesse campo podemos fazer a seguinte abstração: “O que aconteceria se um indivíduo surdo-mudo e analfabeto procurasse um hospital sozinho em busca de atendimento médico?” Haveria alguém com capacidade para se comunicar com o sujeito pela linguagem dos sinais? Provavelmente não. Assim o deficiente dificilmente seria atendido da maneira adequada, fazendo com que de certa forma, essa pessoa tivesse seu direito à saúde prejudicado por incapacidade da equipe em atender um cidadão diferenciado dos demais.

5.1.1. Prevalência de deficiências segundo sexo e idade

Falando-se em prevalência de algum tipo de deficiência segundo idade e sexo, há um predomínio de deficientes do sexo masculino das faixas etárias extremas, menores que 12 anos e com 60 anos e mais. As mulheres predominam nas faixas etárias de 12 a 19 anos; 20 a 39 anos; e 40 a 59 anos. Em dois grandes estudos latino-americanos, um no Chile e outro na Nicarágua, encontraram prevalências de deficiências maiores somente em indivíduos do sexo masculino até por volta dos 14 anos, predominando, depois disso, as deficiências para sexo feminino, evidenciando a influencia da idade nessa questão (OMAN et al., 1999; EL SALVADOR, 2001; ENDIS, 2003; ENDISC-CIF, 2004).

Com a transição epidemiológica em vigor no Brasil e no mundo, o envelhecimento da população é apontado em muitos estudos como importante causador de processos

incapacitantes. O crescimento da população idosa, impulsionado por um aumento da longevidade permite que doenças degenerativas provoquem deficiências em maior frequência do que em outros tempos (GURALNIK et al., 1996; FRIED et al., 1997; GRUNDY et al., 2000; OSTIR et al., 1999; EL SALVADOR, 2001; YADAV, 2001; FREEDMAN et al., 2002).

Tratando-se de deficiência visual é sabido que as prevalências aumentam com a idade, conforme é visto em muitos estudos e na presente pesquisa (HOSNI, 1977; TABBARA et al., 1986; SOMMER et al., 1991; THYLEFORS et al., 1995; KORTLANG et al., 1996; DANDONA et al., 2001; KHANDEKAR et al., 2002; ZAINAL et al., 2002; PICALET et al., 2002; MELESE et al., 2003; DUNZHU, 2003; MURTHY et al., 2005).

Sobre a dificuldade de enxergar, os resultados dessa pesquisa mostraram que há uma maior prevalência para o sexo feminino a partir dos 12 anos de idade, evidenciando mais uma vez o fator idade, já tratado anteriormente. Nos tópicos cegueira de um olho e cegueira total (dois olhos), observa-se que houve prevalências variáveis entre os sexos pelas faixas etárias impossibilitando a identificação de um padrão seguido pelos dados, porém, merece nota o fato de a prevalência de cegueira de um olho ser maior no sexo masculino do que a prevalência no feminino, sendo provavelmente explicado por fatores ocupacionais. A principal causa dos três tipos de deficiências visual foram as doenças. Esse mesmo padrão de distribuição da prevalência de dificuldade visual e cegueiras, com maior prevalência de mulheres na dificuldade visual e maior prevalência de homens na cegueira, foi observado por TABBARA et al. (1986) em um estudo na Arábia Saudita.

Em relação à deficiência auditiva percebeu-se nesse estudo que houve um aumento da prevalência ao mesmo tempo em que houve o aumento da idade, evidenciando mais uma vez a influência do envelhecimento. Na dificuldade auditiva, percebeu-se claramente que os indivíduos do sexo masculino apresentaram as maiores prevalências quando comparados às mulheres em todas as faixas etárias, e resultados parecidos já foram descritos na literatura (ALMEIDA et al., 2000; KLEIN et al., 2001; PICALET et al., 2002). O mesmo se aplica à surdez de um e de dois ouvidos, a prevalência é maior entre os homens quando comparados com as mulheres, concordando com os dados mostrados por PICALET et al. (2002). Em seu estudo, CRUICKSHANKS et al. (2003), também fazem menção ao aumento da deficiência auditiva com a idade, bem como ao registro de maiores prevalências dessa

deficiência entre os homens. A principal causa da dificuldade auditiva, no presente estudo, foram os acidentes de trabalho; da surdez de um ouvido, as doenças; e da surdez bilateral, as congênitas.

Tratando-se da deficiência física, observou-se neste estudo que as prevalências aumentam com a idade, exceção é feita para a faixa etária de 12 a 19 anos, cujos indivíduos registram menor prevalência de paralisia ou perda de membros que a faixa etária de menores que 12 anos. A principal causa das paralisias nesse estudo foram as doenças; a causa mais importante das amputações foram os acidentes de trânsito.

5.1.2. Prevalência de deficiência visual segundo variáveis sócio-demográficas

A deficiência visual teve prevalência de 46,64 por mil na cidade de Campinas. No caso da cidade de São Paulo, houve prevalência de deficiência visual de 33,2 por mil. Em Botucatu, a prevalência encontrada foi de 95,73 por mil; na área GSP a prevalência encontrada foi de 72,59 por mil.

Uma outra fonte de dados lista as deficiências relatadas por um estudo conduzido em diversas cidades do Brasil, no ano de 2003. A deficiência visual teve prevalências que vão desde 0,7% em Taguatinga-DF até 7,50% em Maceió-AL (CORDE 2004). TABBARA (2001) encontrou uma prevalência de 9,3% nos países da parte oriental do Mediterrâneo, que está próxima a encontrada para a cidade de Botucatu e superior às outras cidades. Outra pesquisa nos traz uma prevalência de deficiência visual de 15%, porém esta pesquisa foi feita com indivíduos institucionalizados (BREZIN et al., 2005). TABBARA et al. (1986) pesquisaram adultos não-institucionalizados na Arábia Saudita e chegou a uma prevalência de 9,3% de deficientes visuais.

MEDINA et al. (1993) conduziram um estudo com idosos em bairros da cidade de São Paulo, Aclimação, Vila Guilherme e Brasilândia, e encontraram uma prevalência de 38,2%, prevalência próxima à encontrada por esse estudo na cidade de Campinas e inferior às prevalências das outras áreas estudadas e também próxima à encontrada por um inquérito feito no Chile (ENDISC-CIF, 2004). MUÑOZ et al. (2002) nos trazem as seguintes prevalências para a deficiência visual em Barbados de 10,6%, acima das de todas as encontradas na presente pesquisa; e em Tucson e Nogales, 1,4%, prevalência inferior aos

desta pesquisa. GHOSH et al. (1984) relatam uma prevalência de 22,4% de deficiência visual em um inquérito feito por eles em Calcutá, valores acima dos encontrados. PICAVET et al. (2002), em um inquérito com metodologia bem parecida com esta pesquisa, nos trazem a prevalência de deficiência visual nos Países Baixos de 4,0%, que têm uma realidade sócio-econômica e de saúde diferente da brasileira. A prevalência de deficiência visual encontrada em Campinas, 46,64 por mil, se equipara a que MUÑOZ et al. (2002) relatam para um estudo feito no Chile, 44,0 por mil. É importante destacar que as prevalências de deficiências podem variar dependendo da maneira como são coletadas, das características da população estudada e da época em que foi conduzido o estudo, ente outros fatores.

A prevalência de deficiência visual em São Paulo (63,91 por mil) se equipara a dessa deficiência em Barbados, 59,0 por mil (MOÑUZ et al., 2002), ou mesmo a prevalência detectada em Santos, com 66,0 por mil (CORDE, 2004); a prevalência na área GSP (72,59 por mil) se aproxima da prevalência verificada em São Paulo, 68,0 por mil, em estudo realizado em 1986 (MOÑUZ et al., 2002); por fim a prevalência de deficiência visual em Botucatu, 95,73 por mil, é próxima a encontrada em pessoas institucionalizadas em uma área da França, 134,0 por mil (BREZIN et al., 2005). Como percebemos, as prevalências são muito diferentes e guardam profunda relação com a localização, condições de vida da população e idade.

Quando analisamos a prevalência de deficiência visual segundo idade e sexo, observa-se que essa prevalência aumenta com a idade e tende a ser maior entre as mulheres, conforme já discutido anteriormente. A análise das razões de prevalências para o item idade reforça a informação apresentada anteriormente. Pode-se observar que entre há um gradativo aumento da prevalência com a idade, registrando-se 221% mais deficientes na faixa de idade 12 a 19 anos; 225% mais deficientes com idades entre 20 a 39 anos; 670% mais na faixa de 40 a 59 anos; e 1028% mais deficientes na faixa de indivíduos com 60 anos e mais; todos comparados com a faixa de idade de menores de 12 anos. Observando-se a RP entre os sexos, fica claro a maior prevalência entre as mulheres, que registraram 1,67 mais deficiência visual do que os homens. PICAVET et al. (2002) e QIU (2005) também encontraram maiores prevalências para as mulheres nesse tipo de deficiência.

Tratando-se da deficiência visual conforme estado civil, diferentes prevalências foram observadas, que indicam que a prevalência é maior entre os viúvos ou separados; depois em casados; sendo os solteiros o grupo de menor prevalência, o que vai ao encontro do que PICAVET et al. (2002) relatam em seu estudo. Porém, não foram verificadas diferenças estatísticas nas razões de prevalências ajustadas. Se quando se elimina a influência da idade pelo ajuste estatístico, perdem-se as significâncias, pode-se concluir que as diferenças entre as prevalências observadas se davam mais em razão da idade do que do estado civil em si, uma vez que entre os viúvos ou separados e casados, a idade é maior do que entre os solteiros.

Quando se analisam as prevalências de deficiência visual segundo o nível de escolaridade do indivíduo, percebe-se que houve maiores prevalências quanto menor era a escolaridade, achado que coincide com os encontrados em outro estudo (PICAVET et al., 2002). Porém, na análise da RP somente houve significância no nível de escolaridade menor que 3 anos; nessa classe houve 2,71 mais deficiência visual quando comparada com a classe de 12 anos e mais de escolaridade. Esses dados endossam o que alguns estudos apontam: que a prevalência de deficiências tem relação com fatores sociais nas coletividades (DFID, 2000; ENDIS, 2003; CORDE, 2004; ENDISC-CIF, 2004). Provavelmente isso acontece por causa das condições de vida mais precárias nos grupos com menor escolaridade, que normalmente são também menos favorecidos financeiramente, sendo mais sujeitos a acidentes e doenças que podem conduzir a um processo incapacitante.

Analisando a distribuição das prevalências de deficiência visual segundo raça, percebemos que houve variação nas prevalências, porém, ao observarmos a RP ajustada, percebe-se que essas diferenças não foram significantes. Uma explicação para esse achado é dada por LEON et al. (1997) que dizem que a maior prevalência para os negros pode ser causada não pela raça em si, mas pelas características sociais que as pessoas dessa raça têm em comum, como escolaridade baixa e poder aquisitivo insuficiente por exemplo, levando a uma maior exposição aos riscos para as deficiências.

Não foram verificadas diferenças na RP quando analisado se a pessoa era migrante ou não, talvez o mesmo princípio lógico do raciocínio acima possa ser aqui também

aplicado. Ou seja, os migrantes podem ter mais deficiências visuais não por serem migrantes, mas pelas características que este grupo assume.

5.1.3. Prevalência de deficiência auditiva segundo variáveis sócio-demográficas

Segundo os dados do presente estudo, as prevalências de deficiência auditiva foram diferentes nas áreas estudadas, porém, não apresentaram significância quando analisadas as Razões de Prevalência, o que evidencia a probabilidade de as áreas estarem em um mesmo patamar, tratando-se de deficiência auditiva. Segundo um relatório divulgado pela CORDE (2004), os valores das prevalências de deficiência auditiva de algumas cidades brasileiras variam de 2 por mil em Taguatinga a 30 por mil em Porto Velho. Das prevalências encontradas neste estudo, somente a da área GSP fica próxima a esses valores, enquanto as outras áreas ficam com prevalências acima das descritas no citado relatório.

Em estudo na Austrália, WILSON et al. (1999), chegaram a uma prevalência de 16,6% de acometimento auditivo na população estudada. Um segundo estudo com escolares na cidade de Goiânia, foi verificada uma prevalência de 24% de alterações auditivas (ARAÚJO et al., 2002); valor aproximado da prevalência encontra por PICAUVET et al. (2002) em uma pesquisa na Alemanha. Um terceiro, aponta prevalência de 45,6% de deficiência auditiva em Wisconsin, em uma população idosa nos EUA (KLEIN et al., 2001). Em um outro estudo, feito no Chile, encontrou-se uma prevalência de 1,6% de deficiência auditiva na população estudada (ENDISC-CIF, 2004). FOOK et al. (2000) relatam que a prevalência prevista de deficiência auditiva para o Reino Unido é de 38 por mil. As prevalências variam bastante, dependendo de variáveis de difícil controle, o que torna a comparação entre estudos uma delicada operação. Nos estudos descritos acima variam a faixa etária, o sexo e as características sociais da população entre outras.

A distribuição da prevalência de deficiências auditiva segundo idade evidencia que as maiores prevalências acontecem em grupos de idade avançada, aumentando à medida que a idade aumenta. WILSON et al. (1999), PICAUVET et al. (2002) e CRUICKSHANKS et al. (2003), também percebem esse fato em seus estudos, reforçando a grande influência da idade no aparecimento de deficiências. Ao observar as razões de prevalências, percebe-se que os indivíduos entre 20 a 39 anos têm 243% mais deficiência auditiva quando

comparados aos indivíduos com idade menor que 12 anos (escolhidos como *baseline*); as pessoas com idade entre 40 e 59 anos têm 495% mais deficiências auditivas que o *baseline*; na faixa etária de pessoas maiores que 60 anos foi verificado 1552% mais deficiências auditivas quando comparados com o *baseline*.

Conforme já citado, a prevalência de deficiência auditiva é maior no sexo masculino, dados que corroboram com os achados de WILSON et al. (1999); PICALET (2002) e CRUICKSHANKS et al. (2003). Talvez essa maior prevalência de deficiência auditiva nos homens se dê por fatores ligados à profissão ou maior exposição a fatores de risco. A razão de prevalência é de 1,67, ou seja, os homens têm 67% mais deficiência auditiva do que as mulheres.

Foram verificadas diferentes prevalências quando se analisou o estado civil do indivíduo e percebeu-se que houve maiores prevalências para os indivíduos viúvos ou separados, e casados ou unidos que entre os solteiros. PICALET et al. (2002) em pesquisa realizada na Alemanha também encontraram esse padrão de distribuição da deficiência auditiva segundo estado civil do indivíduo. Porém, essa diferença parece ser propiciada pelo fator idade, uma vez feita a razão de prevalência ajustada por idade e sexo não foram detectadas diferenças significante no presente estudo, nesse caso a eliminação do fator idade por meio do ajuste estatístico provou que a idade é fator determinante na prevalência dessa deficiência. Assim, pode-se depreender que entre os viúvos foi detectada uma maior prevalência de deficiência auditiva não por seu estado civil, mas porque os viúvos ou separados normalmente têm idade mais avançada, o mesmo se aplica aos casados ou unidos.

Em relação ao item escolaridade do indivíduo, diferentes prevalências foram encontradas na análise, sendo as prevalências de deficiência auditiva maiores entre os indivíduos com 3 anos ou menos de escolaridade (61,76 por mil) e entre os com 12 anos ou mais de escolaridade (46,21 por mil). Entretanto, após ajuste por idade e sexo, observa-se que diferenças não são detectadas. Assim, fica claro que as diferenças entre as prevalências são decorrentes do fator idade/sexo e não do nível de escolaridade do indivíduo. CRUICKSHANKS et al. (2003), no entanto mostra diferenças significantes nas prevalências de deficiência auditiva segundo escolaridade dos indivíduos, porém, trabalhando com sujeitos com mais de 49 anos e com classes de escolaridades diferentes

das estudadas neste estudo. Esse artigo aponta aumento da prevalência com a diminuição da escolaridade, mesmo após o ajuste por idade e sexo. PICA VET et al. (2002), entretanto apontam que os indivíduos com escolaridade primária tinham 280% mais acometimentos auditivos quando comparados aos indivíduos que tinham nível universitário; e os sujeitos com nível médio, tinham 90% mais deficiências auditivas do que os de nível universitário. Provavelmente essa maior prevalência de deficiência auditiva entre os indivíduos com menor escolaridade seja também causada pelas condições sociais, biológicas e econômicas vividas pelos sujeitos e não pelo nível de escolaridade propriamente.

A cor ou raça quando analisada revelou diferenças nas prevalências, sendo a maior prevalência de deficiência auditiva verificada na raça amarela e outras (96,08 por mil), depois os de raça branca (49,56 por mil) e por último os negros ou pardos (32,82 por mil). Entretanto, depois dos ajustes por idade e sexo, as razões de prevalência não mostraram significância. Isso pode ser justificado pelo fato de que as raças em que as prevalências foram maiores têm uma esperança de vida maior (LOPES, 2005), ou seja, vivem mais e por isso tem maior influência da idade. Nesse caso, o fator social parece ser mais importante que a raça em si. Assim os negros podem ter mais deficiências por causa das condições sociais piores que enfrentam na sua vida.

A prevalência de deficiência auditiva entre a população migrante e não-migrante não mostrou grandes variações, sendo de 41,85 por mil para os migrantes e de 44,24 por mil para os não-migrantes. Depois de ajustadas por idade e sexo as razões de prevalência não mostraram diferenças.

5.1.4. Prevalência de deficiência física segundo variáveis sócio-demográficas

Houve diferenças entre as prevalências de deficiência física segundo área estudada. A maior prevalência foi verificada em Botucatu; seguida da área GSP; São Paulo e Campinas. Entretanto após o ajuste por idade e sexo não houve diferença entre as razões de prevalência. Segundo o material divulgado pela CORDE (2004) a prevalência de deficiência física em Botucatu e na área GSP estaria próxima à prevalência verificada em Canoas-RS e Santo André-SP, que seria de 15,0 por mil. A prevalência de deficiência física em São Paulo seria próxima à detectada em Campo Grande (12,0 por mil). A prevalência

dessa deficiência em Campinas seria mais aproximada do valor encontrado em Taguatinga (7,0 por mil). ANDRESEN et al. (1999) nos ressaltam o quão diferente as prevalências são dentro dos EUA, onde essa autora relata taxas que vão de 3% a 20%. Na França, segundo SANCHEZ et al. (1992), encontrou-se uma prevalência de 3,5% de deficiências físicas. SANTOS (1989), pesquisando populações faveladas e não faveladas em Salvador encontrou prevalências de 6,2% entre os favelados e de 1,8% entre os não favelados. E em contraste com as prevalências apresentadas até agora, no Chile foi verificada uma prevalência de 65,5% de algum tipo de deficiência física (ENDISC-CIF, 2004). Esses dados mostram o quão importante são os determinantes sociais, geográficos e de saúde no processo incapacitante. A variação desses itens associado com os diferentes métodos de coleta de dados adotados pelos pesquisadores contribui com grande parcela na discrepância das prevalências.

Com o aumento da idade, também no caso das deficiências físicas, houve aumento na prevalência. PICALET et al. (2002) e ENDISC-CIF (2004) também relatam esse comportamento de aumento da prevalência de deficiência física com o aumento da idade. Depois dos ajustes por sexo, mostrou-se por meio das razões de prevalência, que na faixa etária de 20 a 39 anos houve 298% mais deficiências físicas quando comparado com a faixa de idade de 12 a 19 anos (escolhida como *baseline*); os indivíduos com idade entre 40 e 59 anos registraram 440% mais deficiências físicas que os indivíduos na faixa etária de *baseline*; e, na faixa etária de 60 anos e mais, foi verificado que houve 1079% mais deficiências que na faixa *baseline*. Essas diferenças provavelmente são decorrentes de maior exposição à fatores causadores de deficiência como os acidentes de trabalho, trânsito e as doenças incapacitantes.

A análise da distribuição das prevalências de deficiência física conforme sexo evidenciou que os homens têm mais esse tipo de deficiência do que as mulheres. Fica mais evidente essa diferença quando se analisa a RP, que determina que os indivíduos do sexo masculino tiveram 129% mais essa deficiência em comparação com as mulheres. A maior prevalência de deficiência física entre os homens pode ser justificada pela maior exposição dos indivíduos do sexo masculino à fatores de risco, como os acidentes de trabalho.

Avaliando-se a distribuição das prevalências segundo estado civil, percebe-se que houve maior prevalência entre os indivíduos viúvos, seguidos pelos solteiros e depois pelos

casados. PICAVET et al. (2002) não verificam esse padrão de distribuição em seu estudo, a prevalência decresce: de indivíduos viúvos, para casados e depois para solteiros. Com relação às razões de prevalência, verifica-se que houve significância para os indivíduos solteiros, sendo registrados 239% mais deficiências físicas nesse grupo do que entre os casados. A maior prevalência de deficiência física entre os solteiros, na verdade pode ser devido ao aspecto físico do deficiente, que o prejudica na constituição de uma família.

As prevalências de deficiências física segundo escolaridade do indivíduo foram maiores para o grupo de escolaridade de 3 anos ou menos; depois para os de escolaridade entre 4 a 7 anos; depois de 8 a 11 anos de estudo; e finalmente para os de 12 anos e mais. Esse padrão dos dados, também foi visto por PICAVET et al. (2002), houve aumento da prevalência à medida que diminui a escolaridade do indivíduo. A análise com a exclusão da influência da idade e do sexo, no entanto, não mostrou diferenças entre os níveis de escolaridade do indivíduo, como pode ser percebido pelas razões de prevalência.

Foram verificadas diferenças na prevalência de deficiência física segundo raça; e os pardos ou negros registraram a maior prevalência, seguidos pelos brancos e pelos amarelos. Essas diferenças, no entanto, não persistem quando se faz o ajuste por idade e sexo e calcula-se a razão de prevalência.

O mesmo raciocínio acima é aplicado para o caso de populações migrantes e não-migrantes. Porém, há uma pequena variação nas prevalências e esta não se mostra no cálculo da razão de prevalência ajustada por idade e sexo.

5.1.5. Comparação da prevalência das deficiências segundo variáveis sócio-demográficas

Quando se faz uma análise comparativa ajustando-se pelo fator sexo, entre os três tipos de deficiência segundo faixa etária, percebe-se que na faixa etária de 60 anos e mais houve 1552% mais casos de deficiência auditiva, quando comparados com a faixa etária escolhida como *baseline* (menor de 12 anos). Em seguida registramos o caso da deficiência física, em que os indivíduos com 60 anos e mais tiveram 1079% mais casos de deficiência física do que a faixa etária *baseline* (12 a 19 anos). E nessa mesma faixa etária, registrou-se 1038% mais deficiência visual do que na faixa etária de menores de 12 anos. Isso pode demonstrar que na faixa etária de 60 anos e mais há um maior incremento na perda

auditiva, quando comparada às outras perdas (visuais e físicas). Ou seja, a deficiência auditiva deve ter maior atenção entre os indivíduos com 60 anos e mais, uma vez que é o tipo de deficiência que mais aumenta com a idade em relação aos menores de 12 anos.

Na faixa etária entre 40 a 59 anos, a análise da RP ajustada por sexo, mostra que a RP foi maior para os casos de deficiência visual; seguido da deficiência auditiva; e pela deficiência física. Por esses dados percebe-se que na faixa etária de 40 a 59 anos, a deficiência visual é a mais importante, por apresentar maior RP e indica um aumento, portanto, devendo receber atenção especial.

No grupo de indivíduos de 30 a 49 anos as razões de prevalências ajustadas por sexo mostraram que a deficiência física é de maior predominância nessa faixa etária, uma vez que apresenta a maior razão de prevalência entre as três deficiências (RP=3,98); depois temos a deficiência auditiva em que os indivíduos nessa faixa etária registraram 243% mais deficiência do que o grupo de referência (RP=3,43); e por último a deficiência visual, em que se registrou RP de 3,25.

Por esses dados percebe-se que a importância das deficiências segundo faixas etárias é variada, uma vez que suas razões de prevalências variam. Elencando-se as deficiências mais importantes segundo faixas etárias, teríamos a deficiência auditiva em indivíduos com idade de 60 anos e mais; entre os sujeitos com idade entre 40 a 59 anos, a deficiência mais relevante seria a visual; e no grupo de idade entre 30 a 49 anos, a deficiência mais prevalente seria a física. A partir desses dados poderia ser feito um planejamento para o combate, controle e prevenção das deficiências segundo idade, uma vez que se sabe melhor qual deficiência é mais predominante em cada grupo de idade, otimizando resultados, possivelmente com menores gastos financeiros e de tempo.

Pensando agora no item sexo, a deficiência física foi a mais prevalente para o sexo masculino, em que foi registrada RP de 2,29. Depois teríamos, ainda para o sexo masculino, a deficiência auditiva, em que foi verificada RP de 1,67. No caso do sexo feminino, observou-se que os indivíduos com esse sexo sofreram 67% mais casos de deficiência visual do que os homens. Portanto, se políticas de prevenção, controle e tratamento das deficiências fossem implementadas entre os homens, maior ênfase deveria ser dada às deficiências físicas e auditivas; no caso das mulheres, mais atenção deveria ser dada à deficiência visual.

5.2. Causas das deficiências

A principal causa definida de deficiência visual no presente estudo foi a doença, e entre os sexos, as porcentagens são próximas, com 23,34% entre os homens e 27,85% entre as mulheres. Como segunda causa de deficiência visual nos homens foi relatada a idade, seguido pelas causas congênitas. Entre as mulheres esse panorama se mantém, porém as porcentagens são diferentes. Com relação às causas da deficiência visual, os resultados encontrados nessa pesquisa endossam outros estudos, indicando as doenças como principal causador deste tipo de deficiência (HOSNI, 1977; TABBARA et al., 1986; THYLEFORS et al., 1995; ESTEVES et al., 1996; SOMMER et al., 1991; TABBARA, 2001; WITCHER, 2001; MUÑOZ et al., 2002; ENDISC-FIC, 2004). Alguns autores ainda ressaltam que quase sempre essas doenças são preveníveis ou tratáveis, o que evidencia que se essa população tivesse um melhor acesso aos serviços de saúde a incidência dessa deficiência provavelmente diminuiria (ESTEVES et al., 1996; THYLEFORS et al., 1995). A idade parece estar associada à deficiência visual por causa do caráter degenerativo de algumas moléstias advindas com o passar do tempo (HOSNI, 1977). As causas congênitas são citadas em outros estudos como causadoras de deficiência visual, porém não com a importância verificada no presente estudo (TABBARA et al., 1986; SOMMER et al., 1991; TABBARA, 2001; ENDISC-FIC, 2004). Nesse caso, cuidados em saúde deveriam ser direcionados às pessoas em grupos de risco para essa deficiência, ou seja, aqueles em grupos de idades elevadas, com maior ênfase para as mulheres.

A principal causa da deficiência auditiva são as doenças (15,36% nos homens e 20,4% nas mulheres). Nos deficientes do sexo masculino foram os acidentes de trabalho a segunda causa definida de deficiência auditiva (16,18%), enquanto nas mulheres deficientes auditivas a segunda maior causa foi a idade (19,54%). As causas congênitas foram a terceira principal causa de deficiência auditiva nos homens (8,42%) e também nas mulheres (6,91%). As doenças são apontadas como causadoras das deficiências auditivas por alguns estudiosos (FOOK et al., 2000; DEREKÖY, 2000; HUDSPETH, 2000). Em seu estudo HUDSPETH (2000) ressalta a importância do fator ocupacional na etiologia da deficiência auditiva, assegurando que o processo de industrialização e a maior exposição a fatores de risco são importantes na determinação da deficiência auditiva.

O fator idade é discutido como importante porque com o passar do tempo os pequenos vasos sanguíneos do ouvido sofrem a ação das placas de aterosclerose, prejudicando a irrigação sanguínea da área, levando a deterioração da audição (HUDSPETH; 2000), como, aparentemente, as mulheres têm uma esperança de vida maior do que a dos homens essa pode ser a justificativa para que sejam mais afetadas do que eles. Além disso, temos também a exposição contínua a ruídos, que com o tempo, também é prejudicial. As causas congênitas são relatadas em alguns estudos como causas importantes de deficiência auditiva, em conformidade com o que foi aqui encontrado (FOOK et al., 2000; DEREKÖY, 2000; HUDSPETH, 2000).

No caso dos deficientes físicos as doenças também foram as principais causas, nos homens foram responsáveis por 42,24% dos casos e nas mulheres por 68,61%. As causas congênitas foram a segunda principal causa entre as mulheres; entre os homens, os acidentes de trânsito; e em terceiro lugar, tanto nos homens como nas mulheres, os acidentes de trabalho. A maior porcentagem de deficientes físicos do sexo feminino que tiveram como causa da deficiência a doença, pode indicar que elas estão mais expostas a fatores incapacitantes ligados a moléstias quando comparadas com os homens, ou seja, mais expostas a doenças que culminam com a deficiência física. Isso poderia ser explicado pela idade avançada das mulheres, e por isso há uma maior incidência de doenças como AVC, artrites e outras doenças incapacitantes.

Chama a atenção a presença de acidentes como causadores de deficiências físicas em homens. Pela ordem de importância, os acidentes de trânsito fazem mais deficientes masculinos e depois os acidentes de trabalho. Com relação aos acidentes de trânsito, a maior porcentagem de homens era esperada, uma vez que esses indivíduos são mais atingidos por esses eventos se comparados com as mulheres. Em pesquisa feita em Belo Horizonte, detectou-se que 73,4% das vítimas eram do sexo masculino, o que expõe mais essa população aos efeitos desses eventos, dentre eles a deficiência física (RODRIGUES et al., 2005). Outro estudo, em São Jose dos Campos apontou uma porcentagem de 77,0% de vítimas do sexo masculino nos acidentes daquela cidade (NOGUEIRA, 2004). Relativamente aos acidentes de trabalho, o raciocínio a ser feito pode ser o mesmo, ou seja, mais homens do que mulheres sofrem este tipo de acidente, portanto, mais homens estarão sujeitos às seqüelas dos acidentes do que mulheres, e entre essas seqüelas conta-se as

deficiências. Segundo BARTOLOMEU (2002) cerca de 80,0% dos acidentes de trabalho acontecem com homens e dentre o total de acidentes a maioria é de lesões traumáticas de tecidos moles (pele, músculos, tendões) e em seguida temos as lesões de artelhos (dedos dos pés), afirmação também feita por FRAGA (1982).

Falando de maneira geral, sem especificar deficiências, em estudo semelhante feito no Chile, o principal responsável pelas deficiências também foi a doença em 62,9% das vezes. A idade foi causa de 11,58% das deficiências, no estudo chileno essa porcentagem foi de 15,3%. As causas congênitas, que foram responsáveis por 9,82% das deficiências, no Chile representaram a causa de 6,6%. Os acidentes (domésticos, de trabalho e de trânsito) responsáveis por 8,95% das deficiências em nosso estudo, no Chile representaram 7,7% das causas de deficiência (ENDISC-CIF, 2004).

Outro documento diz que as doenças congênitas, a má nutrição e as doenças crônicas são responsáveis, cada uma, por 20% das deficiências. Os acidentes, traumatismos e guerras seriam responsáveis por outros 16% das deficiências, outros motivos incluindo idade causariam 13% das deficiências e 11% das deficiências seria causado pelas doenças transmissíveis. O valor dos outros motivos (incluindo a idade) está próximo ao que foi aqui encontrado. As doenças crônicas também apresentam porcentagem parecida com o presente estudo (DFID, 2000).

5.3. Condição de vida e hábitos (fumo e álcool)

Analisando-se a situação de domicílio dos deficientes visuais e dos não-deficientes visuais, percebe-se que entre os deficientes há uma maior porcentagem de indivíduos que residem em domicílios considerados adequados. Também para a situação do entorno do domicílio foi verificada uma diferença: entre os deficientes a porcentagem de indivíduos habitando domicílios com entorno adequado foi superior aos dos não-deficientes. Porém, nos dois casos, de característica do entorno e do domicílio, a RP de prevalência não foi significativa. Isso pode representar uma igualdade entre deficientes e não-deficientes em se tratando de características do domicílio e do entorno do domicílio.

Com relação à situação de trabalho do indivíduo, observou-se que houve maior porcentagem de indivíduos empregados entre os não-deficientes; por isso mais desempregados entre os deficientes visuais e mais deficientes na classe de situação de

emprego classificada como “demais”, que compreendem as aposentadorias e benefícios da previdência governamental ou privada. A menor prevalência de empregados entre os deficientes visuais fica patente quando feito o controle de idade e sexo, e demonstra que houve 24% menos empregados entre os deficientes. Com relação à renda *per capita* da família, foram verificadas variações mínimas entre os deficientes visuais e não-deficientes, porém após o ajuste essas diferenças não apresentaram significância. Isso mostra que a situação de renda *per capita* familiar é similar entre deficientes visuais e não-deficientes. Com relação ao hábito de fumar e consumo de álcool, houve pequenas variações entre deficientes visuais e não-deficientes, entretanto essas diferenças não foram significantes quando feito o ajuste por idade e sexo.

Para a análise da situação de vida e hábitos entre os deficientes auditivos e não-deficientes, foi visto neste trabalho que no que concerne às características do domicílio e do entorno do domicílio há uma maior porcentagem de deficientes auditivos que vivem em residências adequadas e domicílios com entornos adequados. Porém, essas diferenças se perdem quando é feita a análise das razões de prevalência ajustadas por idade e sexo. Na análise da situação de trabalho dos indivíduos, percebeu-se que a porcentagem de indivíduos deficientes auditivos empregados é menor do que os não-deficientes. Na situação de trabalho chamada de “demais”, a porcentagem de indivíduos deficientes auditivos assim classificados foi maior do que entre os não-deficientes auditivos, diferença que se mantém na análise da razão de prevalência, onde percebemos que na classe “demais” houve 1,24 vezes mais indivíduos com deficiência auditiva. A análise da renda *per capita* mostrou que há porcentagens de indivíduos deficientes auditivos e não-deficientes muito próximas, não havendo diferença estatística entre as duas categorias, deficientes e não-deficientes. O hábito de fumar e o consumo de álcool não revelaram diferenças entre os deficientes auditivos e os não-deficientes.

As características de condição de moradia (entorno do domicílio e domicílio), revelaram que 87,95% dos deficientes físicos viviam em domicílios considerados adequados, enquanto 80,36% dos não-deficientes relataram esse evento. No caso do entorno do domicílio, 72,86% dos deficientes físicos relataram viver em domicílios com entorno adequado e 78,84% dos não-deficientes viviam em residências na mesma condição. Entretanto, após os ajustes estatísticos de idade e sexo, essas diferenças se perdem. Na

descrição da situação de emprego, observou-se que entre os não-deficientes a porcentagem de indivíduos empregados era maior do que entre os deficientes físicos; no entanto, havia entre os deficientes físicos menos desempregados do que entre os não-deficientes; conseqüentemente; havia mais deficientes entre os sujeitos com classe de trabalho “demais”. Na análise das razões de prevalência ajustadas por idade e sexo, observa-se que houve 50% mais deficientes na classe dos “demais” quando comparados com os não-deficientes; e também 88% menos deficientes entre os desempregados. Quando se analisa a renda *per capita*, foi verificado que a maioria dos não-deficientes têm renda menor que 1 salário mínimo, o que também vale no caso dos deficientes físicos; 20,07% dos deficientes físicos têm renda entre 1 a 4,99 salários mínimos, o que corresponderia ao montante recebido a título de aposentadoria e afastamentos, e 14,44% dos não-deficientes receberiam essa mesma quantia; 3,44% dos não-deficientes receberia 5 ou mais salários mínimos, enquanto 0,92% dos deficientes físicos contariam com essa renda *per capita* mensal. No entanto, após os ajustes, essas diferenças desaparecem, dando fortes indícios de que a diferença pode ser somente aparente e não real. Quanto ao hábito de fumar, 25,11% dos deficientes físicos eram fumantes e 19,23% dos não-deficientes consumiam tabaco; 19,22% dos deficientes eram ex-fumantes e 14,93% dos não-deficientes estavam nessa condição. Relativamente ao consumo de álcool, não houve grandes diferenças. Para ambos os casos, tabagismo e consumo de álcool, não houve significância estatística após controle da idade e do sexo.

Analisando-se a característica do domicílio entre os deficientes, verifica-se que a maior porcentagens de indivíduos que residem em domicílios adequados está entre os deficientes auditivos, onde 90,38% deles residiam em domicílios considerados adequados; entre os deficientes físicos, essa porcentagem foi de 87,95%; e entre os visuais de 82,29%. Considerando agora os indivíduos que relataram deficiência e analisando se o entorno do domicílio era adequado, percebemos que a maior porcentagem de sujeitos com deficiência, vivendo em residências com entornos adequados, foi vista entre os acometidos da audição, 86,39%; no caso dos deficientes visuais, 79,01% deles viviam em moradias com entorno adequado; e entre os deficientes visuais essa porcentagem foi de 72,86%. Assim, poderíamos deduzir que entre os deficientes, os deficientes auditivos tiveram melhores condições de moradia do que os outros deficientes.

Em relação à situação de trabalho do indivíduo, a maior porcentagem de deficientes empregados está entre os deficientes auditivos, onde 51,71% dos indivíduos estavam empregados; menor porcentagem de empregados esta entre os deficientes visuais, 42,06%. A maior porcentagem de deficientes desempregados foi verificada entre os deficientes visuais; a menor entre os deficientes físicos. Na terceira classe de tipo de situação de trabalho do indivíduo, nomeada como “demais”, a maior porcentagem de deficientes foi vista entre os deficientes físicos, que são os que mais têm as aposentadorias e benefícios; a menor porcentagem foi de deficientes auditivos.

Quando se analisa renda *per capita* dos deficientes, na classe de renda menor que 1 salário mínimo (sm), observa-se pequenas variações, porém os deficientes auditivos apresentavam maior porcentagem de indivíduos em famílias com renda de menos de 1 sm por pessoas; e a menor porcentagem foi entre os deficientes físicos. Na faixa de renda familiar de 1 a menos que 5 sm, os deficientes físicos registraram maior porcentagem de indivíduos; a menor foi vista entre os deficientes auditivos. E na faixa de renda familiar *per capita* de 5 sm e mais, a maior porcentagem foi vista entre os deficientes visuais; a menor entre os físicos. Portanto, pode-se depreender dos dados que a situação de renda familiar *per capita* é pior entre os deficientes físicos, porém, por serem as variações pequenas elas não devem ser consideradas. Outro fator importante é que não foram verificadas variações significantes entre os deficientes e os não-deficientes, o que evidencia o fator renda como quase o mesmo para deficientes e não-deficientes.

Sobre o hábito de fumar e o consumo de álcool dos indivíduos, a maior porcentagem de deficientes fumantes e de consumo de álcool foi encontrada entre os deficientes físicos, sendo 25,11% fumantes e 53,55% consumidores de álcool. A menor porcentagem de deficientes fumantes foi vista entre os deficientes auditivos; e de consumidores de álcool entre os deficientes visuais. Esses dados talvez denotem uma situação diferenciada dos deficientes físicos, devendo esses, serem um grupo que necessite de especial atenção no que tange ao consumo de álcool e tabagismo.

5.4. Estado de saúde

5.4.1. Estado de saúde dos deficientes visuais

Na avaliação do estado de saúde dos deficientes visuais e não-deficientes visuais, observou-se que a porcentagem dos que consideraram sua saúde excelente foi maior entre os não-deficientes do que entre os acometidos visualmente; que quando analisado pela razão de prevalência ajustada por idade e sexo leva à conclusão de que entre os deficientes houve 66% menos pessoas que consideram sua saúde como excelente. No caso das pessoas que consideram sua saúde muito boa ou boa, 70,57% dos deficientes consideraram sua saúde nesse nível e 76,82% dos não-deficientes tinham essa percepção da própria saúde. Entre os deficientes visuais, 25,8% consideraram sua saúde como ruim ou muito ruim, enquanto no grupo de não-deficientes essa porcentagem foi de 12,18%. Essa diferença se mantém quando é feita análise da razão de prevalência com o ajuste estatístico de sexo e idade, sendo verificado que entre os deficientes a quantidade de pessoas que relatara este estado de saúde (ruim ou muito ruim) foi 110% maior que no grupo de não-deficientes visuais.

As diferenças entre deficientes visuais e não-deficientes com relação à auto-avaliação em saúde evidenciam que os deficientes têm um entendimento de que seu estado de saúde é ruim, uma vez que menos deficientes visuais auto-classificaram sua saúde como excelente e mais deficientes relataram que sua saúde era ruim ou muito ruim. DACHS (2002) nos relata que há um decréscimo na avaliação da saúde pelo indivíduo com o aumento da idade e também diferenciação na percepção da própria saúde segundo sexo (DACHS, 2002; SZWARCOWALD et al., 2005). Porém, mesmo após eliminação do efeito destas duas variáveis pelo ajuste no modelo de Poisson, a razão de prevalência ainda apresenta significância, evidenciando porcentagens de auto-classificações de estado de saúde diferenciada entre deficientes e não-deficientes, sendo a ocorrência de piores classificações maior entre os deficientes visuais.

Sobre a prevalência de morbidades referidas pelo entrevistado nos 15 dias anteriores à entrevista, observa-se que houve uma maior porcentagem de deficientes visuais que referiram morbidades do que entre os não-deficientes visuais. Ao se analisar a razão de prevalência, verifica-se que houve 110% mais deficientes visuais relatando eventos mórbidos nos 15 dias anteriores à entrevista quando comparados aos não-deficientes. Ressalta-se que foi eliminado o efeito da idade e do sexo relatados por ASTHANA et al. (2004) como fatores de grande influência sobre a prevalência de morbidades auto-referidas.

Sobre as doenças crônicas ou co-morbidades, seu impacto é discutido por BOS (1995). Este autor ressalta que a ocorrência de doenças crônicas associadas às deficiências acarreta deterioração do quadro de saúde dos deficientes. Isso faz com que a qualidade de vida de pessoas com deficiência, que não se mostra muito boa, seja piorada. KINNE et al. (2004), relatam que as pessoas com algum tipo de deficiência estão expostas a um risco maior de desenvolver e adquirir co-morbidades, resultantes direta ou indiretamente do processo de implantação da deficiência. No que tange à prevalência de co-morbidades, observou-se que as prevalências desses eventos foram maiores em todos os casos no grupo de deficientes visuais.

Merece destaque a prevalência de hipertensão que entre os deficientes visuais foi de 33,5% e entre os não-deficientes de 9,14%. A prevalência de hipertensão é bastante variável segundo países ou regiões. São apontadas prevalências de 11,3% e 10,1%, dependendo da área pesquisada no Brasil (LOLIO, 1990). Esses valores ficam próximos da prevalência encontrada para a população geral nesta pesquisa, 11,18%. Outro estudo, feito na região Sul, nos mostra prevalência de 19,8% (PICCINI et al., 1994). Em outro estudo, em Passo Fundo-RS, encontrou-se prevalência de hipertensão referida de 20,4% (TRINDADE et al., 1998). Como essa moléstia também pode ter a influencia da idade (PICCINI et al., 1994; LIMA-COSTA et al., 2004), a Razão de Prevalência (RP) calculada com o ajuste para a idade revelou que há significância na diferença de prevalência de hipertensão entre os deficientes visuais, e estes têm 50% vezes mais hipertensão que os não-deficientes visuais.

O diabetes, que pode ser causador de perda da acuidade visual, por meio da retinopatia diabética (KLEIN et al., 2002). Essa doença apresentou prevalência superior entre os deficientes visuais, sendo que 11,21% deles relataram essa doença e 2,43% dos não-deficientes auto-referiram ser diabéticos. PASSOS et al. (2005) nos fornecem uma prevalência diabetes de 2,33% entre moradores de uma cidade acompanhada em Bambuí-MG. Em outro estudo realizado em São Paulo, a prevalência encontrada foi de 4,7% na população adulta (GOLDENBERG et al. 2003). Em estudo realizado em 2003, SOUZA et al. (2003), encontraram uma prevalência de 6,0% de diabetes em uma cidade do Rio de Janeiro. LEITE et al. (2002), em estudo de base nacional, encontraram uma prevalência de diabetes de 0,44%. WILMANSKA (1998) já destacava que essa prevalência aumentada

pode ter relação com a idade dos indivíduos, por isso o cálculo da razão de prevalência foi feito levando em consideração o ajuste para a idade e sexo. Essa RP aponta que entre os deficientes visuais há 87% mais indivíduos diabéticos do que entre os sujeitos não-deficientes visuais.

Outra doença cuja prevalência foi maior entre os deficientes visuais comparando-se com os não-deficientes foi a alergia. Verificou-se uma prevalência de 26,01% entre os deficientes visuais e de 20,53% entre os não-deficientes. Após o controle por idade e sexo, a razão de prevalência revelou que existiam 28% vezes mais deficientes visuais com alergias do que os não-deficientes.

No caso da anemia, 8,93% dos deficientes visuais relataram a doença e 3,22% dos não-deficientes. AHMED (2000) relata uma prevalência de 2% a 3% de anemia na população de Bangladesh. Com o ajuste da idade e do sexo, a RP revelou que entre os deficientes visuais há 193% mais casos de anemia quando comparado com os não-deficientes. Pode ser que essa diferença de prevalência tenha sua origem no fato de os deficientes visuais terem condições gerais de saúde piores, em virtude de sua idade avançada, e por isso sua nutrição seja insuficiente.

A depressão é outra morbidade que tem relação com a idade (VERAS et al., 1991; SNOWDON, 2002; TANAJURA et al., 2002), especialmente quando trata-se da deficiência física (BRUCE et al., 1994; PENNINX et al., 1999; CUMMINGS et al., 2003). DETELS et al. (2004) destacam que as prevalências são conflitantes e apresenta valores que vão de 5% a 10% de prevalência anual de episódios depressivos na população do Reino Unido. A prevalência encontrada nessa pesquisa é maior do que a relatada por DETELS et al. (2004), ficando em 14,08% na população geral da amostra. No presente estudo, entre os deficientes, prevalência de depressão/ansiedade foi de 34,63% e 12,98% dos não-deficientes relataram depressão/ansiedade. A análise da RP ajustada por idade e sexo revelou que entre os deficientes visuais houve 78% mais sujeitos com depressão e ansiedade que entre os não-deficientes. Os deficientes visuais podem estar mais sujeitos à depressão em virtude de sua incapacidade, assim, políticas de prevenção e tratamento dessa moléstia seriam adequadas entre esses indivíduos com deficiências.

A prevalência de enxaqueca ou dor de cabeça, estimada por KRYMCHANTOWSKI et al. (1999), como acometendo cerca de 12% da população brasileira. DETELS et al.

(2004) trazem prevalências que vão de 27,5% na Alemanha; 7,3% no Chile e de 21,3% na Suíça. A prevalência de enxaqueca entre os deficientes visuais foi de 33,53% e entre os não-deficientes de 15,67%. A RP ajustada mostrou que entre os deficientes visuais houve 63% mais indivíduos com enxaqueca do que entre os não-deficientes visuais. As dores de cabeça nesses indivíduos poderiam ser também decorrentes das freqüentes mudanças na acomodação visual que eles utilizam para enxergar melhor e combater a insuficiência visual. Essas mudanças exigiriam muito da musculatura ocular e facial, responsável pelos movimentos dos olhos.

A prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) foi de 36,88% entre os deficientes visuais e de 14,52% entre os não-deficientes. A OMS apresenta uma prevalência de TMC de 25% para a população mundial (WHO, 2002). Entretanto, as prevalências de Transtorno Mental Comum são discrepantes. PATEL et al. (2003) nos relatam prevalências que variam de 10,0% no Brasil a 46,0% no Paquistão. Em pesquisa com estudantes da área da saúde, FACUNDES et al. (2005), encontraram uma prevalência de 34,1% de TMC. Em outro estudo realizado na zona rural de um Estado brasileiro, foi verificada uma prevalência de 36,0% de TMC (COSTA et al., 2005). LUDERMIR et al. (2002) utilizando o mesmo questionário que esta pesquisa (SQR) verificaram uma prevalência de 35,0% na cidade de Olinda. A idade avançada é um fator que, por si, pode gerar o transtorno mental, contribuindo para uma deterioração da qualidade de vida das pessoas (ARAÚJO et al., 2005), e a idade pode ter influência tanto sobre a ocorrência de transtornos mentais quanto no aparecimento de deficiências (McGIBBON et al., 2003; LAMARCA et al., 2003; FRYERS et al., 2005). Além desse fator, o sexo do indivíduo também parece ser determinante (PATEL et al., 2003). Sendo assim, ao se calcular a RP ajustada por idade e sexo, percebeu-se que entre os deficientes houve 67% mais casos de TMC que entre os não-deficientes. Mais uma vez o processo incapacitante pode ser causa coadjuvante de uma patologia. Nesse caso, como no da depressão, o indivíduo ficaria mais sujeito a desenvolver a moléstia psicológica em virtude da deficiência.

Merecem destaques algumas doenças que tiveram diferenças de prevalência entre os deficientes visuais e os não-deficientes. As doenças de pele registraram RP de 2,31; as doenças da coluna ou costas, 2,55; artrite/artrose/reumatismo, 3,31; doença renal crônica, 3,60; AVC, 4,36; osteoporose, 4,59; cirrose, 4,07; doença de Chagas, 5,31; câncer, 4,06;

doenças do coração, 3,09; úlcera/gastrite, 1,71. Necessário lembrar que todas as RP apresentadas neste parágrafo perderam sua significância após o ajuste estatístico por idade e sexo, indicando que essas diferenças de prevalências são decorrentes desses fatores e não da deficiência em si.

5.4.2. Estado de saúde dos deficientes auditivos

Entre os deficientes auditivos houve diferenças na auto-avaliação de saúde, porém, essas diferenças não eram estatisticamente relevantes, assim, aparentemente, a auto-avaliação de saúde de deficientes auditivos e não-deficientes auditivos é bem parecida.

Com relação à ocorrência de morbidades de 15 dias, os deficientes auditivos relataram mais casos. A RP revelou que houve 66% mais morbidades nos 15 dias anteriores à entrevista entre os deficientes auditivos do que entre os não-deficientes.

A prevalência de doença de pele entre os deficientes foi de 12,24% e entre os não-deficientes de 3,56%. FUNG et al. (2000) relatam uma prevalência de 31,3% em estudantes chineses. A análise da RP ajustada revela que entre os deficientes auditivos houve 184% mais casos de doença de pele do que entre os não-deficientes auditivos.

As alergias estiveram presentes em 29,03% dos deficientes auditivos e em 20,51% dos não-deficientes. A RP ajustada mostra que houve 56% mais casos de alérgicos entre os deficientes do que entre os não-deficientes auditivos.

No caso da artrite, artrose e reumatismo, BELTRÃO et al. (2002), apontam prevalências em torno de 1,0% da população. DETELS et al. (2004), mostram uma prevalência de 0,8% na população européia e de 1,0% na cidade de Minnesota-EUA. Na presente pesquisa, verificou-se uma prevalência de 15,93% entre os deficientes auditivos e de 3,43% entre os não-deficientes. A RP ajustada por idade e sexo mostra que entre os deficientes auditivos houve 57% mais casos de artrite/artrose/reumatismo que entre os não-deficientes.

Sobre a depressão e ansiedade entre os deficientes auditivos, observou-se uma prevalência de 28,35% de deficientes com essas doenças e de 13,72% entre os não-deficientes. DETELS et al. (2004) destacam que as prevalências são conflitantes e apresenta valores que vão de 5% a 10% de prevalência anual de episódios depressivos na população do Reino Unido. A depressão é outra morbidade que tem relação com a idade

(VERAS et al., 1991; SNOWDON, 2002; TANAJURA et al., 2002), por isso, na análise da razão de prevalência foi feito o ajuste por idade e sexo. Essa RP mostra que entre os deficientes auditivos houve 52% mais casos de depressão/ansiedade quando comparado ao grupo de não-deficientes.

Entre os deficientes auditivos, a prevalência de enxaqueca ou dor de cabeça foi verificada em 29,93% dos indivíduos, enquanto entre os não-deficientes, essa porcentagem foi de 16,21%. A prevalência de enxaqueca ou dor de cabeça é estimada por KRYMCHANTOWSKI et al. (1999) como acometendo cerca de 12% da população brasileira. DETELS et al. (2004) trazem prevalências que variam de 27,5% na Alemanha; 7,3% no Chile e de 21,3% na Suíça. A análise da razão de prevalência ajustada por idade e sexo revelou que houve 65% mais enxaqueca ou dor de cabeça entre os deficientes auditivos quando comparados aos não-deficientes.

A prevalência de osteoporose foi de 11,36% no grupo de deficientes auditivos e de 2,0% nos não-deficientes auditivos. Essa moléstia tem sabida relação com a idade, aumentando conforme a idade aumenta, assim, o ajuste por idade e sexo foi feito no cálculo da razão de prevalência, que revelou que houve 83% mais casos de osteoporose entre os deficientes auditivos do que entre os não-deficientes.

No grupo de deficientes auditivos, 10,84% deles apresentaram alguma doença do pulmão, essa porcentagem foi de 5,75% entre os não-deficientes auditivos. As doenças do pulmão ou respiratórias são de prevalências variáveis segundo a idade, região, renda e outros fatores. Foi encontrada uma prevalência de internações de crianças por doenças respiratórias de 6,5% ao ano (MONTEIRO et al., 1987). Em um estudo realizado no Sul, 19% das internações foram causadas por doenças respiratórias (GODOY et al., 2001), porém, esses dados não servem de comparação uma vez que foram obtidos por inquéritos de demanda, portanto de maneira diferente deste estudo. Entretanto, as prevalências relatadas por MONTEIRO et al. (1987) e GODOY et al. (2001) nos dão uma idéia da importância dessas doenças. A RP ajustada por idade e sexo mostrou que entre os deficientes auditivos houve 149% mais doenças do pulmão do que entre os não-deficientes auditivos.

Entre os deficientes auditivos, 20,02% relataram doenças gástricas (úlcera ou gastrite). No grupo de não-deficientes auditivos essa porcentagem foi de 6,67%. No cálculo

da RP ajustada observou-se que os deficientes auditivos relataram 99% mais casos dessas doenças do que os não-deficientes auditivos.

Com relação ao TMC, a porcentagem de deficientes em que foi verificada o *score* do SQR-20 como positivo para essa doença foi de 27,79%, enquanto essa porcentagem entre os não-deficientes foi de 15,4%. A RP ajustada mostra que entre os deficientes auditivos aconteceram 36% mais casos de diagnóstico de TMC do que entre os não-deficientes.

Destaca-se algumas co-morbidades que apresentaram diferenças significantes entre as porcentagens de deficientes auditivos e não-deficientes, porém, após o ajuste estatístico para a idade e sexo, essa significância foi perdida. Esse fato evidencia que a maior prevalência dessas doenças nos deficientes se deve mais aos fatores idade e/ou sexo do que pela deficiência em si. A RP da hipertensão dos deficientes auditivos em relação aos não-deficientes foi 2,92; a do diabetes 2,62; da doença de coluna ou costas 2,59; do AVC 6,41; do câncer 3,30; e das doenças do coração, 2,76.

5.4.3. Estado de saúde dos deficientes físicos

Estudando-se a auto-avaliação em saúde dos deficientes físicos e dos não-deficientes físicos, percebemos que 2,01% dos deficientes físicos classificaram a própria saúde como excelente, enquanto 9,98% dos indivíduos entre os não-deficientes relataram esse mesmo estado de saúde. Classificaram a própria saúde como muito boa ou boa, 64,3% dos deficientes físicos; enquanto entre os não-deficientes essa classificação foi feita em 76,12% dos sujeitos. Entre os deficientes físicos, 33,68% acham sua saúde ruim ou muito ruim e no grupo de não-deficientes físicos essa porcentagem é de 28,03%. Após ajuste por idade e sexo, verifica-se que entre os deficientes físicos houve 151% vezes mais auto-avaliação em saúde ruim ou muito ruim do que entre os não-deficientes.

Com relação aos relatos de morbidades nos 15 dias anteriores à entrevista, 35,32% dos deficientes fizeram relatos desses eventos e nos não-deficientes essa porcentagem foi de 28,03%. Porém, após o ajuste por idade e sexo no cálculo da razão de prevalência não houve significância dessa diferença.

Analisando a hipertensão entre os deficientes físicos percebe-se uma prevalência de 34,58% e de 10,42% entre os não-deficientes. Ajustando por idade e sexo o cálculo da RP

prova que houve 53% mais hipertensão entre os deficientes físicos. É digno de nota o fato de que a hipertensão tem ligação com os processos incapacitantes que levam às paralisias. Essa relação se dá por meio das doenças que a hipertensão provoca e que podem conduzir à seqüelas incapacitantes, como os acidentes vasculares cerebrais e as doenças cardiovasculares.

A prevalência de anemia entre deficientes físicos foi de 17,34% enquanto entre os não-deficientes foi de 3,43%. A RP ajustada revelou que entre os deficientes físicos há 543% mais episódios de anemias do que entre os não-deficientes. É sabido que a anemia tem importante papel no aparecimento de doenças cardiovasculares e doenças renais, sendo que as pessoas portadoras da anemia as com maior chance de desenvolver doenças do coração (FOLEY et al., 2003; RAO et al., 2005) e dos rins (RAO et al., 2005).

No caso da doença renal crônica, a prevalência entre os deficientes foi de 11,1% e entre os não-deficientes de 1,55%. Calculando-se a RP ajustada, percebe-se que entre os deficientes físicos houve 377% mais casos de doença renal crônica do que entre os não-deficientes. É importante ressaltar que entre os portadores de doença renal há um maior risco de desenvolvimento de doenças cardíacas (LOCATELI et al., 2003; SEGURA et al., 2004).

A prevalência de AVC entre os deficientes físicos foi de 30,38% e entre os não-deficientes físicos, de 0,78%. Após o ajuste por idade e sexo, verificou-se que entre os deficientes físicos houve 1627% mais AVC do que entre os não-deficientes físicos. Importante ressaltar que o AVC pode ser causa de paralisia de membros, um tipo de deficiência física aqui considerada. O AVC também pode ser recorrente em pacientes já acometidos por paralisias, o que torna este grupo de pessoas com maior risco para aparecimento de acidentes vasculares cerebrais (LIANZA, 1995).

Os casos de depressão/ansiedade no grupo de deficientes físicos acometeram 36,78% dos deficientes e 14,1% dos não-deficientes físicos. Calculando-se a RP ajustada, verifica-se que houve 109% mais casos de depressão/ansiedade entre os deficientes físicos do que entre os não-deficientes físicos. Esse distúrbio psiquiátrico se mostra com maior força no grupo dos deficientes físicos uma vez que as restrições a que a incapacidade leva são mais significantes ou expressivos, assim, as mudanças nas atividades de vida diária do

paciente são bruscas. Essas alterações de hábitos em virtude da deficiência podem colaborar fortemente para o aparecimento desta doença.

Considerando-se as doenças do coração, 15,13% dos deficientes físicos relataram essas moléstias, sendo essa porcentagem de 2,36% entre os não-deficientes físicos. A RP ajustada evidencia que houve 262% mais casos de doenças do coração entre os deficientes físicos que entre os não-deficientes físicos.

No caso das doenças do pulmão, entre os deficientes, 19,75% disseram ser acometidos; enquanto entre os não-deficientes essa porcentagem ficou em 5,82%. A RP ajustada mostra que entre os deficientes físicos houve 336% mais doenças do pulmão do que entre os não-deficientes físicos. Em pacientes com paralisias ou amputações que o restrinjam ao leito, podem acontecer mais ocorrências de doenças respiratórias devido à diminuição da mobilidade da caixa torácica e da manutenção insuficiente da higiene brônquica, acarretando acúmulo de secreções pulmonares e facilitando as infecções respiratórias (LIANZA, 1995).

Algumas doenças parecem ter maior relação com o fator idade e/ou sexo, porque depois de feito o controle por essas duas variáveis por meio do ajuste estatístico da RP a diferença existente deixa de ser significativa. Esse foi o caso do diabetes, que acometeu 274% mais os deficientes físicos; doença da coluna ou costas foi 137% mais freqüente entre os deficientes; a artrite/artrose/reumatismo 185% e o TMC que foi 92% mais freqüente entre os deficientes físicos do que entre os não-deficientes. Conforme explicado, essas doenças não mostraram diferenças significantes após o controle por idade e sexo, mas mostram que talvez guardem maior relação com idade e sexo do que com a deficiência física em si.

Analisando agora a prevalência das co-morbidades entre as deficiências, percebe-se que no caso da hipertensão o grupo de deficientes com a maior prevalência foi o dos deficientes físicos; seguidos pelos deficientes visuais e por último, os auditivos. Conforme nos relatam ELUF NETO et al. (1990) e HOBBS (2004), o tratamento correto da hipertensão pode diminuir os óbitos por acidentes vasculares cerebrais e doenças cardíacas. Além disso, há ainda o risco aumentado para acidente vascular cerebral em pacientes hipertensos não tratados (WALKER et al., 2000).

No caso da diabete, o grupo de deficientes com maior prevalência foi o dos deficientes visuais, depois os deficientes físicos, e por último os deficientes auditivos. A diabetes é uma importante doença crônica, que tem relação direta com o aparecimento de eventos como úlceras e amputações nos membros inferiores (LAVERY et al., 2005), doença renal (FIGAROLA et al., 2005), doença cardíaca (GIUNTI et al., 2005) e doença da retina (BARBER, 2003), entre outras. GROOT et al. (2001) nos relatam que a depressão tem relação direta com a diabetes, sendo os diabéticos apresentam depressão com maior frequência do que os não doentes de diabetes, opinião corroborada por SIMON et al. (2005). Em seu estudo, OKORO et al. (2005), apontam que os diabéticos com algum tipo de deficiência têm maior risco de desenvolverem doenças cardíacas e AVC's do que os diabéticos não-deficientes. Assim, percebe-se que os deficientes, que já são uma população com o estado de saúde comprometido devem ter uma melhor atenção dos serviços de saúde para o caso da diabete mais do que os outros.

As doenças de pele foram mais prevalentes entre os deficientes auditivos; depois entre os deficientes físicos e entre os deficientes visuais. As alergias foram mais prevalentes entre os deficientes auditivos; depois entre os deficientes visuais e por último entre os deficientes físicos.

A prevalência de anemia foi maior entre os deficientes físicos; em segundo lugar entre os deficientes visuais e depois entre os deficientes auditivos. Importante ressaltar que a anemia pode levar a doenças como as cardíacas (GLADWIN et al., 2005) e complicações pulmonares (MINTER et al., 2001).

As doenças das costas ou coluna tiveram prevalências aproximadas nos três grupos de deficientes, 27,29%; 28,51%; e 27,5% para os deficientes visuais, auditivos e físicos, respectivamente.

A artrite/artrose/reumatismo teve sua maior prevalência entre os deficientes auditivos; depois entre os deficientes visuais; e por último, entre os deficientes físicos.

No caso da doença renal crônica, a maior prevalência foi verificada entre os deficientes físicos; depois entre os deficientes visuais e entre os deficientes auditivos.

O grupo de deficientes com a maior prevalência de AVC foi o dos deficientes físicos; depois os deficientes auditivos; e por último, os deficientes visuais. A incidência de

AVC pode conduzir a quadros de depressão em pacientes acometidos, conforme nos relatam O'ROURKE et al. (1998).

A depressão/ansiedade foi mais prevalente entre os deficientes físicos; depois entre os deficientes visuais; e os deficientes auditivos. A depressão tem maior tendência a acontecer em grupos de idade mais avançada, como é o dos deficientes. Por isso, cuidados especiais devem ser dispensados aos grupos de risco para a depressão, para que seja diminuída a incidência dessa patologia (KATZ et al., 1994).

A ocorrência de enxaqueca e dores de cabeça foi maior entre os deficientes visuais; depois entre deficientes auditivos; e entre os deficientes físicos. KECECI et al. (2003) identificaram que pacientes com enxaquecas têm três vezes mais chances de ter depressão quando comparados aos que não têm enxaqueca.

A osteoporose foi mais prevalente entre os deficientes auditivos; entre os deficientes visuais; e por último, entre os deficientes físicos. O câncer teve maior prevalência entre os deficientes visuais; entre os deficientes auditivos; e entre os deficientes físicos.

As doenças do coração registraram maior prevalência primeiro entre os deficientes físicos; depois entre os visuais e por último entre os deficientes auditivos. CARNEY et al. (2003) ressaltam que as doenças do coração podem conduzir o paciente a um quadro de depressão, agravando seu estado geral.

As doenças do pulmão foram mais prevalentes entre os deficientes físicos; depois entre deficientes auditivos, e por último entre deficientes visuais.

A úlcera e a gastrite revelaram maior prevalência primeiro entre os deficientes auditivos; depois entre deficientes físicos, e por último entre os deficientes visuais.

O transtorno mental comum foi mais prevalente entre os deficientes visuais; depois entre os deficientes físicos, e por último entre os deficientes auditivos.

5.5. Utilização dos serviços de saúde

5.5.1. Necessidade de assistência médica especializada

Pessoas com estado de saúde diferenciado necessitam de cuidados especiais que podem ser ministrados na própria residência. GURALNIK et al. (1996) nos relatam que o processo incapacitante e a deficiência em si geram gastos variados com assistência aos

deficientes. Ainda segundo esse autor, a assistência pode ser por meio da ajuda de parentes e vizinhos, ou mesmo por pessoas contratadas especialmente para a função. No presente estudo, entre os deficientes visuais percebeu-se que a maioria não necessitava de assistência; seguido dos indivíduos que necessitam ocasionalmente e por último, em menor proporção, os que necessitavam de assistência permanentemente. Dos deficientes visuais que precisavam de algum tipo de assistência, metade recebia essa assistência. Entre os que não recebiam assistência, o principal motivo foi a dificuldade financeira, seguida pela falta de tempo e pelo desconhecimento de quem ou onde procurar assistência.

No caso dos deficientes auditivos, a ordem é a mesma, a maioria não necessitava de assistência; em segundo lugar, os deficientes relataram carecer de assistência ocasional; e em último lugar, com menor proporção, os deficientes auditivos necessitados de assistência especializada. Entre os deficientes auditivos que deveriam receber assistência, quase 60% deles a recebiam. Dentre os que não recebiam, os principais motivos do não recebimento eram a falta de tempo, depois o motivo de eles acharem desnecessário e, por último a dificuldade financeira.

Entre os deficientes físicos há alteração no quadro de distribuição das prevalências, a maioria necessita de assistência especializada; em segundo lugar, estão os deficientes físicos que não necessitam de assistência; e por último, os que necessitam ocasionalmente. Entre os deficientes que precisavam de assistência médica, mais da metade deles a recebiam. Entre os indivíduos deficientes físicos que não recebiam assistência médica, o principal motivo foi a dificuldade financeira, seguido por problemas com o acesso geográfico.

Diante do exposto nessa pesquisa, observou-se que os deficientes físicos são o grupo de maior carência de assistência médica entre os deficientes. Talvez isso seja por causa do seu quadro de saúde mais afetado pela deficiência, enquanto deficientes visuais e auditivos têm menos co-morbidades relacionadas à deficiência, os deficientes físicos apresentam relativa quantidade de morbidades associadas à deficiência, causam uma maior dependência de assistência médica especializada. FABRICIO et al. (2004) deixam claro que a recuperação e a reabilitação podem ser realizadas de forma mais segura e eficaz, com assistência domiciliar, proporcionam um cuidado embasado na realidade em que vive o paciente e, por conseguinte, uma melhor avaliação de suas reais necessidades.

É digno de nota o fato de que quando se analisa os deficientes que não receberam assistência, a porcentagem de deficientes físicos que não receberam a assistência médica necessitada por motivos financeiros foi de 75,47%, a maior nessa classe entre os tipos de deficiência.

A necessidade de assistência pelos deficientes foi detectada pelos estudos coordenados pela CORDE (2004), sendo relatadas diferentes porcentagens deste item nas diferentes áreas de estudo. No relatório do DFID (2004) é ressaltada a importância financeira que os custos com a assistência prestada aos deficientes adquirem na vida econômica das famílias, que na maioria das vezes não tem muitos recursos financeiros. Também LOLLAR et al. (2003) e FOX et al. (2003) trazem citações a respeito dos gastos extras a que os deficientes estão sujeitos devido ao seu estado de saúde característico, que requer maiores cuidados com a saúde.

5.5.2. Internações hospitalares nos 12 meses anteriores à entrevista

Analisando-se as internações entre os deficientes visuais, percebe-se que entre os deficientes houve mais internações, tanto unitária quanto múltipla. A porcentagem de deficientes visuais que relataram pelo menos uma internação nos 12 meses anteriores à entrevista foi maior do que entre os não-deficientes visuais, o que também se aplica a internações repetidas (mais de uma internação). As prevalências relatadas, entretanto, não mantiveram a significância estatística após ajuste por idade e sexo, levando a crer que a maior porcentagem de internações entre os deficientes se deu por causa da diferenciação nas variáveis idade e sexo.

Sobre o gasto com o serviço utilizado durante a internação a mesma porcentagem de deficientes visuais e não-deficientes relatou que não tiveram gastos com as internações. Também no item cobertura do gasto, também houve paridade entre deficientes visuais e não-deficientes. Houve maior cobertura das internações de deficientes visuais pelo sistema privado quando comparados ao grupo de não-deficientes. Entre os deficientes também foi maior a cobertura da internação por outras fontes que não a pública ou privada quando comparadas ao grupo de não-deficientes. Quando se analisa a avaliação do serviço prestado na internação, entre os deficientes visuais foi maior a porcentagem dos que consideraram o serviço muito bom ou bom do que entre os não-deficientes. É importante ressaltar que todas

as diferenças de porcentagens perderam a significância após ajuste por sexo e idade, exceto a avaliação do serviço como muito boa ou boa. Entre os deficientes houve 5% a mais de avaliações boa e muito boa do serviço de saúde usado na internação.

Entre os deficientes auditivos, houve maior proporção de relatos de uma internação do que entre os não-deficientes auditivos. Com relação ao gasto com o serviço, entre os deficientes a porcentagem dos que não tiveram nenhum gasto foi menor do que entre os não-deficientes. Dos indivíduos que relataram internação, a cobertura pelo poder público foi maior entre os deficientes auditivos do que entre os não-deficientes. Com cobertura do setor privado, registrou-se menor proporção entre os deficientes auditivos do que entre os não-deficientes; e por outras fontes, a cobertura foi maior entre os deficientes do que entre os não-deficientes.

Sobre a avaliação do serviço prestado na ocasião da internação, mais deficientes classificaram como muito bom ou bom quando comparados com os não-deficientes. Porém, houve menos classificações regulares entre os deficientes auditivos. Cabe ressaltar que entre os deficientes auditivos houve 1500% mais casos de cobertura do serviço de internação por outras fontes quando comparados com os não-deficientes.

Estudando-se os deficientes físicos percebe-se que entre os deficientes houve maior porcentagem de casos de uma internação que entre os não-deficientes físicos. Para mais de uma internação, esse padrão também se manteve. Entre os indivíduos que foram internados, a proporção dos que tiveram gastos foi parecida entre deficientes físicos e não-deficientes. Com relação à cobertura dos gastos, no caso das internações dos deficientes, a porcentagem de cobertura pelo setor público foi maior entre os deficientes físicos do que entre os não-deficientes. Ocorreu o inverso quando se tratou da cobertura do setor privado. No item sobre avaliação do serviço utilizado, a maior porcentagem de classificação do serviço como bom ou muito bom foi dos deficientes físicos. Para a classificação regular do serviço utilizado na internação, a maior porcentagem foi do grupo dos não-deficientes. A classificação ruim foi mais usada pelos deficientes físicos. Importante lembrar que entre os deficientes físicos houve 183% mais internações do que entre os não-deficientes. Em 89% mais vezes o gasto dos deficientes físicos foi coberto pelo setor público quando comparado com os não-deficientes físicos; houve 661% mais classificação do serviço como ruim entre os deficientes do que entre os não-deficientes.

Comparando-se os três tipos de deficiência com relação à ocorrência de uma internação, observa-se que a maior porcentagem de indivíduos que relataram uma internação foi entre os deficientes físicos; depois temos os deficientes visuais; e por último os deficientes auditivos. Com duas internações também entre os deficientes físicos a porcentagem foi maior; seguido pelos deficientes auditivos; e por último, os deficientes visuais.

PINHEIRO et al. (2002) encontraram uma taxa de internação de 3,6% analisando os dados da PNAD 1998, essa taxa fica abaixo das encontradas por este estudo. As necessidades maiores de hospitalização pelos deficientes provavelmente são ocasionadas pelo seu estado de saúde característico. Isso indica uma necessidade maior de utilização de serviços de saúde, já que o maior fator de admissões hospitalares é a necessidade de saúde (CASTRO et al., 2005). Os serviços de saúde de uma região devem responder às demandas sociais resultantes de uma conjugação de fatores sociais, individuais e culturais, assim o conhecimento do padrão de consumo de uma população ajudaria no planejamento de ações, equalizaria gastos, custos e atendimento necessário da população (SAWYER et al., 2002). Além disso, conforme nos lembram UNGLERT et al. (1987) o acesso da população à saúde é um fator fundamental para se ter uma boa situação de saúde individual e coletiva.

Com relação ao gasto com o serviço de internação o grupo de deficientes que teve maior porcentagem de não-gasto foi o dos deficientes físicos; seguido dos deficientes visuais; e os deficientes auditivos foram os que tiveram menor porcentagem de não gasto com internações.

Sobre a cobertura do gasto, a cobertura pelo setor público foi maior entre os deficientes físicos; depois entre os deficientes auditivos e, por último, pelos deficientes visuais, que tiveram a menor cobertura de serviços de internação pelo setor público. O setor privado apresentou maior cobertura entre os deficientes visuais; depois entre os deficientes auditivos; por último, os deficientes físicos.

Acercas da avaliação do serviço utilizado na internação, os deficientes físicos foram os que mais consideraram o serviço bom ou muito bom; depois, os deficientes visuais; e por último, os deficientes auditivos. O grupo de deficientes que mais qualificou o serviço de regular foi o dos deficientes auditivos; depois, os deficientes visuais; por último, os

deficientes físicos. No caso da qualificação ruim, os deficientes físicos relataram essa classificação em 18,29% das vezes; os auditivos em 4,17% e os deficientes visuais 1,25%.

5.5.3. Consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à entrevista

Conforme visto, os deficientes visuais apresentaram menor utilização do serviço odontológico, quando comparados com os não-deficientes visuais. O tipo do serviço utilizado teve porcentagens aproximadas nas três categorias de serviços quando comparados os dois grupos.

Com relação ao gasto com o serviço odontológico, os deficientes visuais relataram mais vezes o não gasto do que os não-deficientes. Por isso, os não-deficientes tiveram maior porcentagem de gasto integral. Ressalta-se que entre os deficientes visuais houve 21% menos gasto integral com dentista.

A respeito da cobertura do gasto, verifica-se que entre os deficientes visuais, houve maior cobertura do poder público do que entre os não-deficientes. A cobertura do setor privado foi aproximadamente a mesma para os dois grupos. Outras fontes cobriram por mais vezes os gastos dos não-deficientes visuais. As diferenças de prevalências, no entanto, não persistiram após ajuste por idade e sexo.

Percebe-se que entre os deficientes auditivos a porcentagem de indivíduos que consultaram o dentista foi menor do que entre os não-deficientes. A categoria do serviço público foi mais usado entre os deficientes auditivos que entre os não-deficientes. Os serviços privados foram usados menos pelos deficientes auditivos e mais pelos não-deficientes.

Com relação aos gastos com o serviço odontológicos, mais deficientes não gastaram com o serviço do que entre os não-deficientes, por consequência, houve maior gasto com as consultas entre os não-deficientes. A cobertura do gasto com o dentista pelo poder público foi maior entre os deficientes auditivos do que entre os indivíduos não-deficientes, logo, o setor privado cobriu mais os gastos dos não-deficientes. É importante ressaltar que entre os deficientes auditivos houve 34% mais consultas odontológica cobertas pelo setor público do que entre os não-deficientes e 60% menos cobertura do setor privado do que entre os não-deficientes. As demais diferenças perderam a significância depois de ajustadas por idade e sexo.

Conforme mostrado, a porcentagem de indivíduos com deficiência física que fez consulta odontológica nos 12 meses anteriores à entrevista foi menor entre os deficientes físicos do que entre os não-deficientes. Após ajuste por idade e sexo percebe-se que os deficientes físicos utilizaram 24% menos vezes os serviços de consulta odontológica quando comparados com os não-deficientes. Esse menor uso dos serviços odontológicos pode ser em virtude de dificuldades no acesso aos consultórios e clínicas odontológicas. EDWARDS et al. (2002) em seu estudo com dentistas em uma região da Inglaterra, verificaram que em menos de um terço dos consultórios de dentistas entrevistados havia acessibilidade completa. Os próprios dentistas apontaram barreiras físicas, problemas de tempo de atendimento e difícil acesso ao domicílio com os equipamentos como as principais barreiras ao provimento da saúde bucal dos deficientes por eles atendidos.

O tipo do serviço utilizado para consulta ao dentista pelos deficientes físicos foi o público em maior porcentagem do que entre os não-deficientes. O serviço privado foi consultado mais pelos não-deficientes. Outros serviços foram consultados mais pelos deficientes físicos. Após ajuste por idade e sexo a RP revelou que houve 205% mais cobertura pelo setor público nas consultas odontológicas feitas pelos deficientes físicos quando comparados com os não-deficientes.

A respeito dos gastos com consulta odontológica, mais deficientes físicos relataram não ter gastado nada com o serviço. O gasto foi parcial com consultas ao dentista em maior porcentagem entre os deficientes físicos do que entre os não-deficientes físicos. Assim, o gasto integral foi maior entre os não-deficientes.

Sobre a cobertura do gasto, o setor público cobriu mais os gastos odontológicos dos deficientes físicos. Ocorrendo o inverso com a cobertura privada. Outros setores cobriram mais os gastos das consultas ao dentista de deficientes físicos. Todas as diferenças citadas perderam significância após ajuste por idade e sexo, com exceção do caso já comentado.

Observa-se que, comparando os três grupos de deficientes, os que mais se serviram de consultas odontológicas foram os deficientes auditivos; depois temos os deficientes visuais; e os deficientes que menos consultaram serviços odontológicos foram os deficientes físicos. A maior porcentagem de uso de serviços do setor público para as consultas odontológicas foi entre os deficientes físicos; depois entre os deficientes auditivos; e por último, os deficientes visuais. Os serviços ditos privados cobriram em

maior porcentagem os deficientes visuais; depois os deficientes auditivos; e por último, os deficientes físicos.

Quando se analisa a ausência de gasto com o serviço odontológico, verifica-se que os deficientes auditivos tiveram a maior porcentagem; depois os deficientes físicos; por último os deficientes visuais. O gasto parcial foi maior entre os deficientes visuais; depois os deficientes físicos; e por último, os auditivos. O gasto integral com as consultas odontológicas foi maior entre os deficientes auditivos; depois temos os deficientes físicos; e por último, os deficientes visuais.

A cobertura do gasto pelo setor público foi maior entre os deficientes físicos; depois entre os deficientes auditivos; e em seguida, entre os deficientes visuais. O poder privado cobriu os gastos de maior porcentagem dos deficientes visuais; depois dos deficientes físicos e dos deficientes auditivos. Outras fontes cobriram em maior porcentagem os gastos com serviços odontológicos dos deficientes físicos; depois os gastos dos deficientes auditivos, e por último, os gastos dos deficientes visuais.

5.5.4. Uso de serviços de saúde por outros motivos

Percebe-se que houve menor procura dos serviços de saúde por outros motivos (atestado médico, pré-natal, puericultura, parto, exames de rotina, tratamento de reabilitação, exames preventivos, vacinação e outros) por parte dos deficientes visuais quando comparados com os não deficientes visuais. Após o ajuste por idade e sexo a RP mostrou que entre os deficientes visuais a procura pelos serviços de saúde por outros motivos foi 13% menor. Sabe-se que a disponibilidade de serviços de saúde pode diminuir os índices de internações hospitalares (CASTRO et al., 2005), melhorando a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos.

Com relação ao motivo da procura, a maior porcentagem de deficientes visuais teve como principais motivos definidos, em ordem decrescente de importância, os exames de rotina; exames preventivos; vacinação; reabilitação; atestado médico e exames de pré-natal.

Referente ao tipo de serviço classificado como básico (UBS, consultório, ambulatório), a procura foi maior entre os deficientes visuais do que entre os não-deficientes. Por consequência, o serviço hospitalar foi mais procurado pelos não-deficientes visuais.

Em 98,47% dos casos de procura dos serviços de saúde por outros motivos, não houve gastos por parte dos deficientes visuais, entre os não-deficientes essa porcentagem foi de 95,29%. Registrou-se gasto parcial em 0,49% dos casos dos deficientes e de 2,72% entre os não-deficientes. Houve gasto integral em 1,53% dos casos entre os deficientes e em 2,45% dos não-deficientes visuais.

A cobertura do gasto foi feita pelo setor público em maior proporção no grupo dos não-deficientes. Houve cobertura privada em 16,99% dos casos entre os deficientes e de 16,48% entre os não-deficientes.

A avaliação do serviço de saúde procurado foi muito bom ou bom em maior porcentagem entre os deficientes.

A porcentagem de indivíduos com deficiência auditiva que procurou os serviços de saúde por outros motivos foi maior quando comparada com a porcentagem de não-deficientes. Entretanto, após ajuste por idade e sexo, a diferença entre deficientes auditivos e não-deficientes não permaneceu, indicando que essa maior procura pode ser em virtude de características particulares do grupo de deficientes auditivos no que se refere à idade e ao sexo.

Não houve procura por parte dos deficientes auditivos de serviços de saúde para atestado médico, exames de pré-natal, puericultura e parto. Os principais motivos definidos de procura de outros serviços de saúde, em ordem decrescente de importância, são os exames de rotina; os exames preventivos; a vacinação e a reabilitação. As diferenças dos motivos de procura entre deficientes auditivos e não-deficientes não apresentaram significância após ajuste por idade e sexo.

A busca de serviços de saúde básicos por deficientes por outros motivos foi maior entre os deficientes auditivos do que entre os não-deficientes auditivos. O serviço hospitalar foi procurado em maior porcentagem pelos não-deficientes. Outros serviços foram procurados mais pelos deficientes auditivos. O cálculo da razão de prevalência ajustada por idade mostra que entre os deficientes auditivos houve 31% mais procura pelo serviço básico do que entre os não-deficientes; 51% menos procura pelos serviços hospitalares; e 1300% mais procura por outros serviços. Esses dados evidenciam que os deficientes se servem na maioria das vezes de serviços básicos, que podem ser os mais acessíveis a eles.

Relativamente ao gasto com o serviço de saúde, a proporção de nenhum gasto foi aproximada entre os deficientes auditivos e os não-deficientes auditivos. Houve maior gasto parcial entre os não-deficientes auditivos. O gasto integral foi relatado mais dos deficientes auditivos.

Sobre a cobertura do gasto, ele foi coberto pelo setor público e privado em maior proporção entre os deficientes auditivos. Outras fontes de cobertura foram usadas por mais pelos não-deficientes.

A avaliação do serviço feita, em maior porcentagem, pelos deficientes auditivos foi muito boa ou boa. As avaliações regular e ruim foram feitas mais pelos não-deficientes.

Entre os deficientes físicos houve maior procura dos serviços de saúde por outros motivos quando comparados com os não-deficientes, entretanto a diferença não persiste após os ajustes por idade e sexo.

Sobre o motivo da procura, os principais em ordem decrescente de importância foram os exames de rotina; a reabilitação; exames preventivos e vacinação. Pelo cálculo da razão de prevalência ajustada por idade e sexo, percebeu-se que entre os deficientes a procura por serviços em busca de reabilitação foi 574% mais freqüente do que entre os não-deficientes. Esse fato é perfeitamente justificável pelo quadro de saúde e necessidade de saúde do deficiente físico, que inspira cuidados adequados a fim de melhora e controle da evolução da deficiência. BODE et al. (2005) ressaltam a importância da reabilitação em pacientes vitimados por acidentes vasculares cerebrais, relatando que a reabilitação deve se iniciar o quanto antes para otimização de resultados e melhora rápida do quadro de saúde do paciente. Ressaltamos também que entre os não-deficientes houve uma procura 96% maior pelo serviço de vacinação quando comparados com os não-deficientes, dado que pode ser justificado pelos problemas de acesso geográfico e pela não-atenção das campanhas de vacinação para a população de deficientes especificamente.

O tipo de serviço utilizado pelos deficientes em maior porcentagem foi o básico, logo, o serviço hospitalar foi mais usado por não-deficientes. Outros serviços foram usados mais por deficientes físicos. Verificou-se pela RP ajustada que entre os deficientes físicos a procura por outros serviços foi 5200% maior do que entre os não-deficientes. Provavelmente isto se deve às casas de caridade, associações e entidade assistenciais que

provêm cuidados aos deficientes físicos, oferecendo nas sedes serviços médicos, que são utilizados pelos deficientes.

Com relação ao gasto com o serviço de saúde, os deficientes físicos relataram não ter tido gastos com o serviço em maior porcentagem do que os não-deficientes. Nenhum dos deficientes relatou gasto parcial ou integral com o serviço de saúde procurado. Pela RP ajustada foi verificado que entre os deficientes houve 4% mais casos de não gasto com o serviço de saúde do que entre os não-deficientes.

A cobertura do gasto com o serviço de saúde entre os deficientes físicos foi feita pelo poder público em maior porcentagem do que entre os não-deficientes, por isso, a cobertura privada foi responsável por maior cobertura entre os não-deficientes físicos, o mesmo se aplicando às outras fontes. Houve, entre os deficientes físicos, 242% mais cobertura pelo poder público do que entre os não-deficientes, ou seja, os deficientes apresentam maior dependência do sistema público de saúde.

Entre os deficientes físicos, houve mais avaliações do serviço usado como muito bom ou bom do que entre os não-deficientes. A RP ajustada revelou que entre os deficientes houve 20% a mais de qualificações boas ou muito boas quando comparado com o grupo de não-deficientes físicos.

Comparando-se a procura por serviços de saúde por outros motivos percebemos que os deficientes visuais foram os que mais buscaram os serviços de saúde; depois os deficientes auditivos; e por último, os físicos. A menor porcentagem de procura de serviços de saúde pelos deficientes físicos não indica que eles precisem menos, pois acontece justamente o contrário. Essa menor porcentagem indica que talvez eles tenham dificuldade no acesso ao serviço de saúde, uma vez que possuem características de movimentação diferente das outras pessoas e podem encontrar obstáculos em sua passagem.

Os deficientes visuais foram os únicos dentre os grupos de deficientes que relataram procura por causa de atestado médico e exames de pré-natal. Ninguém entre os deficientes procurou os serviços de saúde em busca de puericultura e parto. Para exames de rotina houve uma maior porcentagem de deficientes auditivos que procuraram os serviços de saúde; depois os deficientes físicos, e por último, os deficientes visuais. A reabilitação foi a causa da procura por serviços de saúde em maior porcentagem entre os deficientes físicos; depois entre os deficientes auditivos e, por último, entre os deficientes visuais. Em busca de

exames preventivos, mais deficientes auditivos procuraram os serviços de saúde; depois os deficientes físicos e os deficientes visuais. A vacinação foi motivo de procura de serviços em maior porcentagem pelos deficientes auditivos; depois pelos deficientes visuais e pelos deficientes físicos. Outros motivos foram a causa da busca de serviço de saúde em maior porcentagem pelos deficientes físicos; depois pelos deficientes visuais e pelos deficientes auditivos.

Sobre o tipo do serviço procurado, o serviço básico foi mais procurado primeiro pelos deficientes auditivos; depois pelos deficientes físicos; e, por último, pelos deficientes visuais. O hospitalar foi mais usado pelos deficientes visuais; depois pelos deficientes auditivos; e pelos físicos. Os outros tipos de serviços foram mais procurados pelos deficientes físicos; depois pelos deficientes auditivos; e pelos deficientes visuais.

Entre os deficientes que não relataram gastos com o serviço usado, a maior porcentagem foi entre os deficientes físicos; depois, entre os deficientes visuais e, por último, entre os deficientes auditivos. Entre os deficientes quem mais relatou gasto parcial com o serviço foram os deficientes auditivos, em primeiro lugar; em segundo os deficientes visuais. Não houve relato de gasto parcial com o serviço entre os deficientes físicos.

Ao tratar da cobertura do gasto com o serviço, o setor público foi mais usado pelos deficientes físicos; depois pelos deficientes auditivos; e por último, pelos deficientes visuais. O setor privado foi mais usado pelos deficientes auditivos; depois, pelos deficientes visuais, e por último, pelos deficientes físicos. Outros setores cobriram em maior porcentagem os gastos dos deficientes visuais; depois dos gastos dos deficientes físicos e dos deficientes auditivos.

Com relação à avaliação do serviço de saúde, a maior porcentagem de avaliação muito boa ou boa foi entre os deficientes físicos; depois entre os deficientes visuais; e depois entre os deficientes auditivos. A avaliação regular foi maior entre os deficientes visuais; depois entre os deficientes auditivos; e entre os deficientes físicos. As avaliações ruins foram verificadas mais entre os deficientes visuais; depois entre os deficientes auditivos e não houve casos deste tipo de avaliação do serviço entre os deficientes físicos.

5.5.5. Realização de exames preventivos

Quando analisamos a realização de exames preventivos entre deficientes visuais, percebeu-se que a porcentagem de mulheres deficientes visuais que realizaram papanicolau foi maior do que entre as mulheres não-deficientes. O tipo de serviço em que foi feito o papanicolau foi o básico, em menor porcentagem entre as deficientes visuais do que entre as não-deficientes. O serviço hospitalar foi usado mais vezes pelas mulheres com deficiência visual que pelas não-deficientes. Outros serviços foram usados mais pelas não-deficientes. As diferenças de porcentagens perderam a significância após o ajuste por idade, evidenciando que as referidas diferenças entre deficientes e não-deficientes são em virtude do fator envelhecimento e não da deficiência em si.

O exame das mamas ou palpação das mamas foi feito em menor porcentagem pelas mulheres deficientes visuais quando comparadas com as mulheres não-deficientes. O tipo de serviço básico foi menos usado para o exame de palpação das mamas pelas deficientes visuais. O serviço hospitalar foi mais usado pelas deficientes. Outros tipos de serviço foram usados mais pelas não-deficientes. Também no caso desse tipo de exame preventivo não houve significância após ajuste por idade.

A mamografia foi mais realizada pelas não-deficientes. A cobertura do gasto com o exame foi pelo poder público em maior porcentagem entre as deficientes visuais. O setor privado cobriu mais mamografias entre as não-deficientes. Outras fontes de cobertura foram usadas mais pelas mulheres não-deficientes. Após o ajuste pela idade as diferenças de prevalência não persistiram.

Com relação ao exame preventivo da próstata, houve mais realização entre os deficientes visuais. A cobertura do exame de próstata pelo setor público foi maior entre os deficientes visuais do que entre os não-deficientes, por isso, o setor privado cobriu mais exames dos não-deficientes. Outras fontes de cobertura foram usadas mais pelos não-deficientes. As diferenças não persistiram após o controle pela idade.

Entre as deficientes auditivas, a realização de papanicolau foi aproximadamente a mesma entre deficientes e não-deficientes. O tipo de serviço básico foi o mais utilizado pelas mulheres não-deficientes auditivas. O serviço hospitalar foi mais utilizado pelos deficientes auditivos. Outros tipos de serviço foram usados mais pelas não-deficientes. As diferenças não persistiram após o ajuste por idade.

O exame de palpação das mamas foi feito com menor frequência pelas deficientes. O tipo de serviço básico foi menos utilizado pelas deficientes auditivas. O serviço hospitalar foi mais usado pelas deficientes. Outros serviços foram mais usados pelas deficientes auditivas. Após o cálculo das razões de prevalências ajustadas por idade, observa-se que houve realização de 32% a menos de exames de palpação entre as mulheres com deficiência auditiva quando comparadas com as mulheres não-deficientes. Também foi percebida diferença na cobertura do gasto com a mamografia. Entre as deficientes, houve 102% mais utilização dos serviços hospitalares.

Entre as deficientes auditivas, a realização de mamografia foi menor do que e entre as não-deficientes. A cobertura do gasto pelo poder público foi maior entre as não-deficientes auditivas. O setor privado foi responsável pelos exames em maior porcentagem entre as deficientes auditivas do que entre as não-deficientes. Outras fontes financiaram as mamografias em maior porcentagem pelas deficientes. As diferenças não se mantiveram após ajuste por idade.

No grupo de deficientes auditivos, houve maior porcentagem de realização de exames de prevenção ao câncer de próstata do que entre os não-deficientes. A cobertura dos gastos do exame de próstata dos deficientes foi maior entre os deficientes auditivos. A cobertura privada dos exames realizados foi maior entre os não-deficientes auditivos. Outras fontes cobriram mais os exames dos deficientes, porém sem significância após ajustes.

Quando se analisa a realização de papanicolau, verifica-se que entre as deficientes físicas a porcentagem foi menor do que entre as não-deficientes. O serviço básico foi menos utilizado pelas deficientes. O serviço hospitalar foi mais utilizado pelas deficientes físicas. Outros tipos de serviços foram mais usados pelas deficientes. As diferenças não persistiram após controle pela idade.

O exame de palpação das mamas foi menos relatado pelas mulheres deficientes físicas. Tipo de serviço básico foi menos utilizado pelas deficientes do que pelas não-deficientes e no serviço do tipo hospitalar foi mais realizado pelas deficientes. Outros tipos de serviços foram mais usados pelas deficientes. Chama a atenção o fato de que entre as mulheres deficientes houve 69% menos exames de palpação das mamas realizados quando comparadas às não-deficientes.

A realização de mamografias foi menor entre as mulheres deficientes físicas. A cobertura do exame foi pelo setor público em maior porcentagem entre as não-deficientes. O setor privado cobriu mais exames das deficientes físicas. Outras fontes de pagamento das mamografias foram usadas mais pelas deficientes físicas. As diferenças não se confirmaram com o controle pela idade.

A realização de exames preventivos de câncer de próstata foi menor entre os deficientes físicos. A cobertura do gasto deste exame foi feito pelo poder público em maior porcentagem entre os deficientes físicos, também por isso, a iniciativa privada cobriu maior porcentagem dos exames dos não-deficientes. Outras fontes cobriram mais exames dos não-deficientes. Observou-se que entre os deficientes houve 43% menos exames de prevenção do câncer de próstata do que entre os não-deficientes.

Analisando-se comparativamente as deficiências, observa-se que a maior porcentagem de realização de papanicolau foi das deficientes visuais; depois entre as deficientes auditivas e as deficientes físicas foram as que apresentaram menor cobertura. FERNANDEZ et al. (1998) encontraram uma porcentagem de realização de papanicolau de 98% em mulheres latinas residentes em Washington, prevalência acima da encontrada entre as deficientes aqui estudadas. O exame de papanicolau é uma importante ferramenta na detecção precoce do câncer de colo de útero e sua realização é um dos principais motivos da diminuição da incidência dessas doenças entre as mulheres nos últimos 50 anos (MICHALAS, 2000), assim se há uma menor cobertura entre as deficientes, danos à saúde dessas mulheres podem surgir em virtude da não realização desse exame.

A realização do exame de papanicolau nos serviços básicos foi maior entre as deficientes visuais; depois entre as deficientes auditivas; por último, entre as deficientes físicas. A realização de exames de papanicolau em serviços hospitalares foi maior entre as deficientes físicas; depois entre as deficientes auditivas; e por último, entre as deficientes visuais. Outras fontes foram mais usadas pelas deficientes físicas; depois pelas deficientes; e pelas deficientes visuais.

A realização de exame de palpação das mamas foi maior pelas deficientes visuais; depois pelas deficientes auditivas; e as deficientes físicas foram as que menos fizeram o exame de palpação das mamas.

O serviço básico foi mais usado para realização da palpação das mamas primeiro pelas deficientes visuais; em segundo pelas deficientes auditivas; e, por último, pelas deficientes físicas. O serviço hospitalar foi mais usado pelas deficientes auditivas; depois pelas deficientes visuais; e pelas deficientes físicas. Outros tipos de serviços foram mais usados pelas deficientes físicas; depois pelas deficientes auditivas; e pelas deficientes visuais.

A maior realização de mamografia foi entre as deficientes visuais; depois entre as deficientes auditivas; por último as deficientes físicas. FERNADEZ (1998) encontrou uma prevalência de realização de mamografia de 62% entre mulheres latinas nos EUA. Segundo essa prevalência, as deficientes físicas estariam com uma menor cobertura, o que as leva a maiores riscos de desenvolvimento de câncer de mama.

A cobertura das mamografias realizadas pelas deficientes pelo setor público foi maior entre as deficientes visuais; depois as deficientes auditivas e por último, as deficientes físicas. A cobertura por setores privados foi maior entre as deficientes físicas; depois pelas deficientes auditivas; e depois, pelas deficientes visuais. As outras fontes foram mais usadas pelas deficientes físicas; depois pelas deficientes auditivas; depois pelas deficientes visuais.

O grupo de deficientes que mais realizou exames de prevenção do câncer de próstata foi o dos deficientes auditivos; depois os deficientes visuais e, por último, os deficientes físicos. MIRANDA et al. (2004) encontraram uma prevalência de realização de exame de próstata de 69,7% entre professores universitários mineiros. Percebe-se que os deficientes têm menor cobertura do que a população estudada por MIRANDA et al. (2004) e entre os deficientes, os físicos estão com pior situação, com menor cobertura. BASLER et al. (1998) ressaltam que os exames de prevenção do câncer de próstata são utilizados para detecção precoce de alterações da próstata e que ajudam a diminuir as morbidades cancerígenas prostáticas.

5.5.6. Consumo de medicamentos e conhecimentos sobre genéricos

Percebeu-se que houve maior consumo de medicamentos entre os deficientes visuais nos 3 dias anteriores à entrevista quando comparados com os não-deficientes. Após

ajuste, observou-se que houve consumo de medicamentos 17% maior entre os deficientes quando comparados com os não-deficientes visuais.

Sobre a indicação do consumo de medicamentos, entre os deficientes visuais foi maior a prescrição por médico ou dentista. A indicação de farmacêutico ou balconista foi feita mais vezes entre os não-deficientes. Entre os deficientes, a automedicação foi maior. A indicação de parente, vizinho ou amigo foi mais importante entre os não-deficientes do que entre os deficientes visuais. Outras indicações foram seguidas em maior porcentagem pelos não-deficientes. A RP ajustada mostra que entre os deficientes o consumo de medicamentos por indicação do farmacêutico ou balconista foi 74% menos que no grupo de não-deficientes.

Entre os deficientes visuais, o desconhecimento a respeito dos genéricos foi maior do que entre os não-deficientes visuais. O desconhecimento da possibilidade de substituição do medicamento usado por genérico foi maior entre os não-deficientes. Entre os não-deficientes foi maior a porcentagem de medicamentos usados que não eram passíveis de substituição por genéricos. A substituição por genéricos era possível em maior proporção entre os medicamentos usados pelos não-deficientes. O uso de genéricos foi maior entre os deficientes visuais do que entre os não-deficientes. O cálculo da RP ajustada mostra que entre os deficientes 105% mais pessoas não sabiam o que eram os genéricos. Mas o uso de genéricos era 61% maior do que entre os não-deficientes.

Quando perguntados sobre as vantagens dos genéricos, os deficientes citaram mais vezes que não havia vantagem no uso de genéricos. A porcentagem de pessoas que responderam que a vantagem dos genéricos é o fato de serem mais baratos foi aproximada entre os deficientes visuais e os não-deficientes. Ter mais opções foi a vantagem apontada mais pelos deficientes visuais que pelos não-deficientes. Facilidade de encontrar foi dito como vantagem dos genéricos mais vezes pelos não-deficientes. Outras vantagens foram citadas mais pelos deficientes visuais. A RP ajustada revela que entre os deficientes houve 764% mais respostas de que a principal vantagem dos genéricos seria a maior quantidade de opções quando comparados com os não-deficientes visuais.

Entre os deficientes auditivos o consumo de medicamentos foi do maior que entre os não-deficientes. A indicação do medicamento pelo médico ou dentista foi maior entre os deficientes auditivos quando comparados com os não-deficientes. A indicação do

farmacêutico ou balconista foi seguida mais vezes entre os não-deficientes. A automedicação foi mais praticada pelos não-deficientes. A indicação de parente, amigo ou vizinho foi mais seguida pelos não-deficientes do que pelos deficientes. Outras indicações foram relatadas mais pelos deficientes auditivos do que pelos não-deficientes.

Quando questionados sobre a substituição do medicamento que usavam por genéricos, a porcentagem dos indivíduos que desconheciam o que eram os genéricos foi aproximadamente igual entre os deficientes auditivos e os não-deficientes. O mesmo se aplica àqueles que responderam não saber dizer se a substituição do medicamento usado por genérico era possível. Mais deficientes auditivos relataram não ser possível a substituição do medicamento usado por genéricos quando comparados aos não-deficientes. A substituição do medicamento usado por genéricos era possível em porcentagens próximas entre os deficientes e os não-deficientes. A porcentagem de uso de genéricos era aproximada quando se considerava o grupo de deficientes auditivos frente aos não-deficientes.

Sobre as vantagens de se usar genéricos, mais não-deficientes auditivos disseram não haver nenhuma vantagem no uso de genéricos. O menor preço foi mais relatado como vantagem dos genéricos entre os deficientes auditivos. Entre os deficientes, mais indivíduos apontaram a maior quantidade opções como vantagem dos genéricos. A facilidade de obtenção foi mais relatada pelos deficientes auditivos. Outras vantagens foram mais citadas pelos não-deficientes.

No caso dos deficientes auditivos, todas as diferenças perderam-se após o ajuste por idade e sexo, indicando que esse padrão diferenciado entre deficientes auditivos e não-deficientes auditivos pode ser mais fruto da influência da idade e do sexo do que da deficiência propriamente.

Entre os deficientes físicos, o consumo de medicamentos foi maior do que entre os não-deficientes. A RP ajustada indica que houve 40% mais consumo entre os deficientes físicos quando comparados com os não-deficientes.

A indicação do medicamento por médico ou dentista foi mais corriqueira entre os deficientes físicos do que entre os não-deficientes. O consumo de medicamentos por indicação de balconista ou farmacêutico foi mais relatado pelos não-deficientes. A automedicação foi mais realizada pelos não-deficientes. O consumo de medicamento por

indicação de parente, amigo ou vizinho foi mais importante no grupo de deficientes físicos. Outras indicações foram seguidas mais vezes pelos não-deficientes. O cálculo da RP ajustada mostra que entre os deficientes físicos houve 99% menos consumo de medicamentos indicados por farmacêutico ou balconista quando comparados com os não-deficientes; 86% menos automedicação do que entre os deficientes e 98% menor foi o consumo por indicação de outras fontes que entre os não-deficientes físicos.

Mais pessoas entre os deficientes físicos relataram desconhecimento acerca dos genéricos. Entre os deficientes foi menor o desconhecimento sobre a substituição do medicamento usado por genérico. A substituição do medicamento usado por medicamento genérico não era possível em maior porcentagem no grupo de não-deficientes físicos. Percebeu-se pela RP ajustada que entre os deficientes o desconhecimento sobre genéricos era 226% maior do que entre os não-deficientes. A impossibilidade de substituição do medicamento utilizado por genérico era 92% menos entre os deficientes do que entre os não-deficientes.

Sobre as vantagens dos genéricos maior porcentagem de sujeitos entre os não-deficientes físicos disse não haver nenhuma. O menor preço foi citado como vantagem em maior proporção pelos deficientes físicos. Mais opções de escolha foi a resposta mais dita entre os deficientes físicos. Nenhum dos deficientes relatou facilidade na compra como vantagem. Outras vantagens foram citadas por mais vezes pelos deficientes físicos. A RP ajustada revela que entre os deficientes físicos a opção que dizia que não há vantagens nos genéricos foi 98% menos dita que entre os não-deficientes; a maior quantidade de opções foi 1174% mais relatada entre os deficientes físicos do que entre os não-deficientes.

Comparando-se o consumo de medicamentos entre os deficientes, percebe-se que os deficientes físicos foram os que mais consumiam medicamentos; seguidos pelos deficientes visuais; por último os deficientes auditivos. No Brasil, BERTOLDI et al. (2004), em um estudo também de corte transversal e base populacional com amostragem ponderada, relatam prevalências de 65,9%, prevalência diferentes das aqui encontradas, porém, o tempo referente ao consumo de medicamentos deste inquérito foi de 15 dias, enquanto que em nosso estudo esse tempo foi de 3 dias. Foram registradas a prevalência de 38,4% de uso de medicamentos em adultos quando o tempo sugerido de uso era de 30 dias; quando o tempo referente ao uso foi de 90 dias a prevalência sobe para 73,3% (BERTOLDI et al.,

2004). Em Fortaleza foi verificada a prevalência de consumo de medicamentos de 49,7% na população geral (ARRAIS et al., 2005). Ainda segundo ARRAIS et al. (2005), o medicamento é um bem essencial à saúde e uma importante ferramenta terapêutica, responsável por boa parte da melhoria da qualidade de vida das pessoas. Esses autores também ressaltam que o conhecimento do perfil de consumo de medicamentos na população é um instrumento importante para o delineamento de medidas de contenção de gastos farmacêuticos e melhoria das políticas de assistência à saúde do cidadão. Os deficientes não são uma exceção e conforme demonstrado nessa pesquisa, têm uma maior necessidade de medicação para suprir suas necessidades de saúde, sendo indispensável a esses indivíduos uma atenção especial com relação à questão do acesso e consumo de medicamentos.

5.6. O perfil de saúde dos deficientes e as políticas de Saúde

A Carta Magna traz em seu conteúdo o seguinte trecho: “É dever do Estado assegurar às pessoas portadoras de qualquer deficiência a plena inserção na vida econômica e social e o total desenvolvimento de suas potencialidade, da forma que menciona e dá outras providências”. Essa assertiva tem ares de utopia uma vez que pelo visto em todo o trabalho, os deficientes estão quase sempre em piores condições de saúde e de qualidade de vida quando comparados aos não-deficientes.

A questão dos deficientes na saúde parece não ter uma atenção adequada das autoridades competentes. Ao fazer um exercício de abstração e considerar que a prevalência apontada de deficientes físicos pelo IBGE é válida para o Brasil e analisando a população atual do país (185.425.175), perceberíamos que há em nosso país cerca de 1.854.251,00 deficientes físicos. Esse cálculo pode ser aplicado também para os deficientes visuais e auditivos. Entretanto, mesmo com esse número expressivo, não foi verificada nenhuma campanha do governo federal voltada especificamente à esses indivíduos.

Somente em 1991, o Decreto nº 214 de 12/09/1991, dispõe a respeito do funcionamento da CORDE, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. A CORDE tem as seguintes funções, entre outras (CORDE 2006):

- exercer a coordenação superior dos assuntos, das ações governamentais e das medidas referentes à pessoa portadora de deficiência
- elaborar os planos, programas e projetos da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, bem como propor as providências necessárias à sua completa implantação e ao seu adequado desenvolvimento, inclusive as pertinentes a recursos financeiros e as de caráter legislativo
- acompanhar e orientar a execução pela Administração Pública Federal dos planos, programas e projetos mencionados no inciso anterior
- manifestar-se sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, dos projetos federais a ela conexos, antes da liberação dos recursos respectivos; manter com os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e o Ministério Público, estreito relacionamento, objetivando a concorrência de ações destinadas à integração das pessoas portadoras de deficiência;

Entretanto, os deficientes brasileiros não possuem programas de saúde específicos. Exceção é feita aos deficientes auditivos, que dispõem de um programa de acompanhamento de deficiência auditiva escolar. Apenas para comparação, segundo dados do DATASUS (2006), em 2005 foram gastos com “Ações Estratégicas” na prevenção da deficiência auditiva escolar R\$ 298.667,50. Enquanto que, para “Ações Estratégicas” para o câncer de colo de útero foi gasto um total de R\$ 52.023.814,05 e para “Ações Estratégicas” a respeito do câncer de próstata gastou-se R\$ 1.120.820,50. É importante ressaltar que segundo o IBGE, a prevalência de deficiência auditiva no Brasil é de 3,38% e conforme PINHO et al. (2003) a prevalência de câncer de colo uterino tem prevalências variando entre 53,5 a 64,8 a cada 100.000 mulheres, ou seja, 0,0535% a 0,0648%; a prevalência de câncer de próstata é de 40,49 por 100.000 homens, ou seja, 0,04049% (MIRANDA et al. 2004). Desnecessário dizer que são eventos em saúde totalmente diferentes entre si, que têm desenvolvimento e prognóstico diverso, porém todos são de detecção relativamente barata, o câncer uterino pelo Papanicolau, o de próstata pelo exame de toque retal e a deficiência auditiva por exames específicos, mas não muito dispendiosos, entretanto, os gastos governamentais são de diferentes montantes para esses três eventos. Porém o princípio é o mesmo: a incidência diminui com a prevenção, seja qual for a doença. O

DATASUS informa que em 2005 foram gastos R\$ 11.059.079,33 com “Ações Estratégicas” em fisioterapia; R\$ 7.470,00 com protetização e R\$ 28.285.512,87 com “Ações Estratégicas” em reabilitação. Essas quantias poderiam ser economizadas em parte se mais investimentos em prevenção fossem feitos. Deixa-se claro que as comparações são apenas um exercício e de maneira alguma há menosprezo pelas outras patologias citadas. As outras classes de deficientes, os físicos e visuais, não possuem nenhum programa governamental de prevenção ou cuidados especiais relatados no DATASUS, mesmo que suas maiores necessidades em saúde fiquem evidentes.

Essas necessidades em saúde ficam patentes quando se observa que os deficientes têm mais internações, mais doenças crônicas e menos consultas odontológicas, entre outros. Porém, não há uma política específica que supra essas necessidades extras dos deficientes. Esse fato fere o pressuposto da equidade, um dos pilares do SUS (Sistema Único de Saúde). A equidade significa uma distribuição de recursos e serviços em proporções diferentes, variando conforme a necessidade de cada indivíduo (DUARTE, 2000). Por essa definição, as pessoas que precisam de serviços diferentes, teriam que ter atendimento diferenciado, ou seja, tratar diferentemente os diferentes, porque as pessoas têm necessidades de saúde variadas entre si dependendo de seu quando geral, como é o caso dos deficientes. Servindo-se de um sistema de saúde voltado para a pessoa sem deficiência o deficiente pode não ter suas necessidades de saúde supridas, o que lhe é assegurado por lei.

Em 1991 foi publicado o Decreto nº3.298 que regulariza o “Estatuto do Deficiente” (Diário Oficial da União, 21 de dezembro de 1999) que depois foi reeditado em 2003, um documento que voltou sua atenção aos deficientes brasileiros e se destina a assegurar a integração e a inclusão social e o pleno exercício dos direitos individuais e coletivos das pessoas que apresentam limitação em suas atividades devido à sua deficiência. Porém este documento não alcançou seu objetivo e parece adormecido entre outras diversas leis vigentes em nosso país.

Faz-se necessário uma maior mobilização e conscientização da população e principalmente das autoridades em saúde frente à situação social e de saúde do deficiente para que ele possa realmente ser incluído na sociedade e receber a atenção em saúde que ele precisa. É cabível lembrar que esses indivíduos são cidadãos e têm direitos de cidadão,

principalmente em receber a saúde que necessitam, direito de cada cidadão, segundo a Constituição Brasileira.

6. Conclusões

A prevalência de pelo menos uma deficiência, qualquer que seja ela, foi de 143,2 por mil, sendo que houve incremento nesse valor com o aumento da idade.

A prevalência de deficiência visual foi de 63,21 por mil, sendo sua principal causa as doenças. Na área GSP e na cidade de Botucatu a prevalência de deficiência visual foi maior que em Campinas e em São Paulo. Houve aumento da ocorrência de acometimento visual com a idade; com maior frequência no sexo feminino; mais deficientes visuais casados/unidos e viúvos/separados e maior ocorrência de deficiência visual entre as pessoas com 3 anos ou menos de escolaridade. Houve menos pessoas empregadas entre os deficientes visuais.

Mais deficientes visuais avaliaram a sua saúde como ruim ou muito ruim, quando comparados com os não-deficientes. Houve maior prevalência de morbidades nos 15 dias anteriores à entrevista entre os deficientes; e maiores prevalências de doenças crônicas e transtorno mental comum. Quase metade dos deficientes visuais necessitava de assistência médica periódica ou esporádica, sendo que mais da metade relatou não receber essa assistência e o principal motivo foi o financeiro. Houve menor procura dos serviços de saúde por outros motivos, que não sejam as doenças, entre os deficientes. Os deficientes visuais consumiram mais medicamentos e relataram maior uso de genéricos, quando comparados com os não-deficientes.

A prevalência de deficiência auditiva foi de 43,01 por mil, tendo como principal causa entre os homens os acidentes de trabalho, seguidos pelas doenças; nas mulheres a principal causa foram as doenças. A prevalência dessa deficiência aumentou com a idade, a partir do 20 anos e foi maior entre os homens. Entre os deficientes auditivos houve mais aposentados ou pensionistas, quando comparados com os não-deficientes.

Os deficientes auditivos relataram maior ocorrência de morbidades nos 15 dias anteriores à entrevista quando comparados com os não-deficientes. Foram registradas

maiores prevalências de doenças crônicas e transtorno mental comum. Em torno de 40% dos deficientes necessitavam de assistência especializada em saúde ocasionalmente ou regularmente. Houve menor realização de exames de palpação das mamas entre as deficientes.

A prevalência de deficiência física foi de 11,06 por mil, sendo sua principal causa as doenças. Percebeu-se que a prevalência de deficiência física aumenta com a idade a partir dos 20 anos; e que também é maior entre os homens. Entre os deficientes verificou-se mais indivíduos solteiros; e mais aposentados/pensionistas, quando comparados com os não-deficientes.

Mais deficientes físicos auto-avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim, quando comparados com os não-deficientes. Houve maior prevalência de doenças crônicas entre os deficientes. Mais da metade dos deficientes físicos necessitava de assistência especializada em saúde em tempo integral, porém, mais de 40% deles não a recebiam, sendo que a dificuldade financeira foi o motivo principal dessa não-assistência. Houve mais internações repetidas entre os deficientes físicos quando comparados aos não-deficientes, com maior cobertura do gasto pelo setor público. Os deficientes fizeram menor uso de serviços odontológicos. Registrou-se maior uso de serviços de saúde para tratamento de reabilitação, com maior utilização de serviços de associações e entidades beneficentes. Os deficientes realizaram com menor frequência exames preventivos, como o das mamas e da próstata. Houve maior consumo de medicamentos e maior desconhecimento sobre os genéricos entre os deficientes.

A presente pesquisa apresenta uma situação desigual de saúde entre deficientes e não deficientes, com os deficientes em desvantagem. Os dados reforçam a necessidade de implantação de políticas de saúde específicas para este grupo e maiores investimentos em prevenção, tratamento e reabilitação dos deficientes das áreas estudadas.

7. Bibliografia

Ahmed F. Anaemia in Bangladesh: a review of prevalence and aetiology. *Public Health Nutrition*. 2000;3(4):385-393.

Alves MCGP. Técnicas de replicação em análise de dados de inquéritos domiciliares. São Paulo;2002. [Tese de doutoramento Faculdade de Saúde Pública da USP].

Almeida SIC, Albernaz PLM, Zaia PA, Xavier OZ, Karazawa WHI. História natural da perda auditiva ocupacional provocada por ruído. *Rev Ass Med Brasil*, 2000;46(2):143-58

Amiralian MLT, Pinto BE, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública* 2000;34(1):97-103.

Andresen EM, Prince-Caldwell A, Akinci F, Brownson CA, Hagglund K, Jackson-Tompson J, Crocker R. The Missouri disability Epidemiology and health project. *Am. J. Prev. Med.* 1999;16:63-71.

Araujo AS, Moura JR, Camargo LA, Alves W. Avaliação auditiva em escolares. *Rev Brás Otor.* 2002;68(2):264-6.

Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [periódico on line] 2005;21(6):1737-1746. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/cielo.php?script=ci_arttext&pid=S0102311X2005000600021&lng=p t&nrm=isso> [2006 jan 06]

Asthana S, Gibson A, Moon G, Brighan P, Dicker J. The demographic and social class basis of inequality in self reported morbidity: an exploration using the Health Survey for England. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:303–307.

Barber AJ. A new view of diabetic retinopathy: a neurodegenerative disease of the eye. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2003, 27(2):283-290.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC* 2003;3(21). Disponível em <URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>> [2006 jan 09]

Bartolomeu TA. Modelo de Investigação de acidentes do trabalho baseado na aplicação de tecnologias de extração de conhecimento. Florianópolis-SC; 2002 .[Tese de doutoramento Universidade Federal de Santa Catarina] [on line]. Disponível em <URL: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/3738.pdf>> [2006 mar 13]

Basler JW, Thompson IM. Lest We Abandon Digital Rectal Examination as a Screening Test for Prostate Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 1998;90 (23):1761-3.

Beltrão KI, Sugahara S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. *Ciênc. saúde coletiva*

[periódico on line] 2002;7(4):841-67. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400017&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 09]

Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. Rev. Saúde Pública. [periódico on line] 2004;38(2):228-238. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&id=S003489102004000200012&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 03]

Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. Essential public health functions: results of the international Delphi study. World Health Stat Q 1998;51:44-51.

Bode RK, Heinemann LW, Semik P, Mallison T. Relative Importance of Rehabilitation Therapy Characteristics on Functional Outcomes for Persons With Stroke. Stroke. 2004;35:2537-42.

Bos GAM, Nan Den. The burden of chronic diseases in terms of disability, use of health care and healthy life expectancies. European Journal of Public Health. 1995;5:29-34.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

Brezin AP, Lafuma A, Fagnani F, Mesbah M, Berdeaux G. Prevalence and burden of self-reported blindness and low vision for subjects living in institutions: a nationwide survey. Health and Quality of Life Outcomes, 2005;3(27):1-9.

Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS, Blazer DG. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of successful aging. Am. J. Pub. Health, 1994;84(11):1796-9.

Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. Cad. Saúde Públ. 1993;9:190-200.

Carney RM, Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol Psychiatry. 2003;54(3):241-7.

Cascavel Prefeitura Municipal; Conselho Municipal de Assistência Social, Secretaria de Ação Social. Pessoa com deficiência: reformulando conceitos e valores. Cascavel; 2003.

Cassou B, Derriennic F, Monfort CC, Iwatsubo Y, Amphoux M. Facteurs prédictifs d'incapacité physique dans une cohorte de retraités parisiens suivis pendant dix ans. Rev Epidém et Santé Publ., 1997;45:382-91.

Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. Rev. Saúde Pública. [periódico on line] 2005;39(2):277-284. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0048912005000200020&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 12]

Cesar CLG et al. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em municípios da Grande São Paulo, 1989-1990 - metodologia. Rev. Saúde Públ. 1996a;30(2):153-60.

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad. Saúde Públ. 1996b;12(2):59-70.

Cesar CLG. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde na Grande São Paulo. O perfil da desigualdade em saúde. São Paulo, 1997.[Tese de Livre Docência da Faculdade de Saúde Pública da USP].

Cesar CLG, Laurenti R, Buchala CM, Figueiredo MG, Carvalho WO, Caratin CVS. Uso da Classificação Internacional de Doenças em inquéritos de saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia 2001;4(2):120-130.

Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. SAÚDE E CONDIÇÃO DE VIDA EM SÃO PAULO - Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP. São Paulo: Edusp;2005.

Chamie M. Survey design strategies for the study of disability. Wld. Hlth. Statst. Quart., 1989;42:122-40.

Cohen-Masfield J, Taylor JW. Hearing aid use in a nursing homes: part 1: prevalence rates of hearing impairment and hearing aid use. J. Am. Med. Dir. Assoc., 2004;5:283-8.

Colodey D, Griew A. Surveying for disability in the developing world: suggestions for a methodology. Int. J. Rehab. Research, 1982;5(3):317-325.

Corde, coordenadoria nacional para integração da pessoa portadora de deficiência; afr, associação fluminense de reabilitação; ministério da justiça. Relatório sobre prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. Niterói – RJ:2004.

Corde, coordenadoria nacional para integração da pessoa portadora de deficiência. [on line] 2006. Disponível em <URL: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/ompetencias.sp>. [2006 jan 18]

Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Brito MAP, Fuchs SC. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Revista Bras Epidemiol, 2002;5(2):164-73.

Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública 2005;21(1):73-9.

Cruickshanks KJ, Tweed TS, Wiley TL, Klein BEK, Klein R, Chappell R, Nondhal DM, Dalton DS. The 5-year incidence and progression of hearing loss. The Epidemiology of hearing loss study. Arch Otolaryngol Head Surg, 2003;129:1041-6.

Cummings SM, Neff JA, Husaini BA. Functional impairment as predictor of depressive symptomatology: the role of race, religiosity, and social support. *Health & Social Work*, 2003;28(1):23-32.

Cunningham ET. World blindness – no end in sight. *Br. J. Ophthalmol.*, 2001;85:253.

Dachs NW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002;7(4):641-657.

DATASUS. [periódico on line] 2006. Disponível em <URL: <http://abnet.datasus.gov.br/gi/tabcgi.exe?recsus/cnv/rsuf.def> [2006 jan 19]

Dandona L, Dandona R, Srinivas M, Giridhar P, Vilas K, Prasad MN, John RK, McCarty CA, Rao GN. Blindness in the Indian State of Andhra Pradesh. *IOVS.*, 2001;42(5):908-16.

Dereköy FS. Etiology of deafness in Afyon School for the deaf in Turkey. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2000;55:125–131.

Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. *Oxford Textbook of Public Health*. New York: Oxford University Press;2004.

Devlieger PJ. From handicap to disability: language use and cultural meaning in the United States. *Disabil. Rehabil.*, 1999;21(7):346-54.

DFID department for international development. Disability poverty and development. [periódico on line] London;2000. Disponível em URL: <http://www.dfif.gov.uk> [2006 jan 08].

Dineen BP, Bourne RRA, Ali SM, Noorul HUQ DM, Johnson GJ. Prevalence and causes of blindness and visual impairment in Bangladesh adults: results of the National Blindness and Low Vision Survey of Bangladesh. *Br. J. Ophthalmol.*, 2003;87:820-8.

Duarte CMR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. *Ciênc. saúde coletiva*. [periódico on line] 2000;5(2):443-463. Disponível em: http://www.cielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000200016&lng=pt&nrm=isso [2006 jan 19]

Dudzik P, Elwan A, Metts R. Disability policies, statistics, and strategies in Latin America and the Caribbean: a review. [on line] 2004. Disponível em <URL:<http://www.iadb.org/sds/doc/Rev2bEditedDisability-PolicyDudzikElwanMetts.pdf>> [2006 jan 16].

Dunzhu S, Wang FS, Courtright P, Liu L, Tenzing C, Noertjojo K, Wilkie A, Santangelo M. Blindness and eye disease in Tibet: findings from a randomized, population based survey. *Br. J. Ophthalmol.*, 2003;87:1443-8.

Ebrahim S, Wannamethee SG, Whincup P, Walker M, Shaper AG. Locomotor disability in a cohort of British men: the impact of lifestyle and disease. *Int J of Epid.* 2000;29:478-86.

El Salvador, Gobierno de. ENCUESTA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, 2000 / 2001. Gobierno de El salvador, 2001.

Edwards DM, Merry AJ. Disability part 2: access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Merseyside. *British Dental Journal*, 2002;193(5):253-55.

El-Khatib U. As dificuldades das pessoas portadoras de deficiência física: quais são e onde estão. São Paulo, 1994. [Tese de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Eluf Neto J, Lotufo PA, Lolio CA. Tratamento da hipertensão e declínio da mortalidade por acidentes vasculares cerebrais. *Rev. Saúde Pública*, 1990;24 (4):332-6.

ENDIS, Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad 2003. Gobierno de Nicaragua, 2003.

ENDISC-CIF, Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Gobierno de Chile, 2004.

Esteves JF, Domingues CG, Borges LPK, Skolaude PBV, Bortolomiol L, Muxfeldt RA, Bisol T, Souza CA, Marsico J, Fior O. Prevalência e causas de cegueira em bairro de Porto Alegre. *Arq. Bras. Oftal.* 1996;59(3):244-7.

Fabricio SCC, Wehbe G, Nassur FB. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico on line] 2004;12(5):721-726. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000500004&lng=pt&nrm=iso> [2006 mar 10]

Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. *Revista Bras Psiqui* 2005;27(3):194-200.

FAPESP 2001. Conhecimento para a sociedade, políticas públicas/ensino público. Pesquisa FAPESP. 2001;68 (Supl. Especial).

Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Brasil Epidemiologia*, 2005;8(2):187-93.

Farmer ME, Locke BZ, Moscicki EK, Dannenberg AL, Larson DB, Radloff LS. Physical activity and depressive symptoms: the NHANES I epidemiologic follow-up study. *Am. J. Epidemiol.*, 1988;128(6):1340-51.

Fernandez ME, Tortolero-Luna G, Gold RS. Mamografia e teste Papanicolau em mulheres latinas de baixa renda nos Estados Unidos. *Cad. Saúde Pública*, 1998;14(3):133-147.

Figarola JL, Scott S, Loera S, Xi B, Synold T, Weiss L, Rahbar S. Prevention of early renal disease, dyslipidaemia and lipid peroxidation in STZ-diabetic rats by LR-9 and LR-74, novel AGE inhibitors. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 2005;21 (6):533-44.

Fook L, Morgan R. Hearing impairment in older people: a review. *Postgrad. Med. J.*, 2000;76:537-41.

Foley RN, Panfrey PS, Harnett JD, Kent GM, Murray DC, Barre PE. The impact of anemia on cardiomyopathy, morbidity, and mortality in end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis.* 1996;28(1):53-61.

Fox MH, Kiyung MK. Evaluating a Medicaid Home and Community-Based Physical Disability Waiver. *Fam Community Health*, 2003;27(1):37-51.

Fraga A. la invalidez. Sus causas y su repercusión socioeconómica. *Simposio.* 1982;118(5):171-85.

Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States. *JAMA*, 2002;288(24):3137-46.

Fried L, Guralnik J. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *J Am Geriatr Soc*, 1997;45(1):92-100.

Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *BMC* 2005;1:14.

Fung WK, Lo KK. Prevalence of Skin Disease Among School Children and Adolescents in a Student Health Service Center in Hong Kong. *Pediatric Dermatology* 2000;17(6):440-46.

Ghosh BN, Dias KK, Halder AK. Disability prevalence in an urban community in relation to socio-economic conditions. *Indian J Med Res.* 1984;80:347-54.

Giunti S, Bruno G, Veglio M, Gruden G, Webb DJ, Livingstone S, Chatuverdi N, Fuller JH, Perin PC. Electrocardiographic Left Ventricular Hypertrophy in Type 1. *Diabetes Care*, 2005;28:2255-2257.

Gladwin MK, Kato GJ. Cardiopulmonary complications of sickle cell disease: role of nitric oxide and hemolytic anemia. *Hematology*, 2005;51-57.

Godoy DV, Dal Zotto C, Bellicanta J et al. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. *J. Pneumologia.* [periódico on line] 2001;27(4):193-198. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010235862001000400005&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 05]

Goldbaum M. Lifestyle and mortality. In Sánchez DM, Bazzani R and Gómez S. *Priorities in collective health research in Latin America.* GEOPS. Ediciones Trilce, Montevideo;1998.

Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev. bras. epidemiol.* [periódico on line] 2003;6(1):18-

28. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=141579020300100004&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 10]

Gorter KA. Survey methods for the assessment of physical disability among children. *Disabil. Rehabil.*, 1993;15(1):47-51.

Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 2001;63:619-630.

Grundy E, Glaser K. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing*, 2000;29:149-57.

Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as public health outcome in the aging population. *Ann Rev Public Health*, 1996;17:25-46.

Guyton AC, Hall JE. *Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças*. São Paulo: Ed Guanabara-Koogan, 6ª Edição;1997.

Harris J. Is there a coherent social concept of disability? *J. Med. Ethics*, 2000;26:95-100.

Hermanova H. Priorities in disability prevention and rehabilitation. *Int. Disabil. Studies* 1987;9(2):61-4.

Hobbs FD. Primary prevention of cardiovascular disease: managing hypertension and hyperlipidaemia. *Hearth*;90(4):22-5.

Hosni FA. Survey of major blinding conditions in Qatar. *Ophthalmologica*, 1977;175:215-21.

Hudspeth AJ. Hearing and Deafness. *Neurobiology of Disease*. 2000;7:511-514.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística. Sistema SIDRA de Informações. [online]. Brasília (DF);2004. Disponível em <URL: <http://www.ibge.org.br> [2004 out 08].

Jiang J, Tang Z, Futatsuka M, Zhang K. Exploring the influence of depressive symptoms of physical disability: a cohort study of elderly in Beijing, China. *Quality of Life Research*, 2004;13:1337-46.

Jones RB. Impairment, disability and handicap – old fashioned concepts? *J. Med. Ethics.*, 2001;27:377-9.

Katz IR, Streim J, Pamelee P. Prevention of Depression, Recurrences, and Complications in Late Life. *Preventive Medicine*, 1994;23 (5):743-750.

Khandekar R, Mohammed AJ, Negrel AD, Riyami AA. The prevalence and causes of blindness in the Sultanate of Oman: the Oman Eye Study (OES). *Br. J. Ophthalmol.*, 2002;86:957-62.

Kececi H, Dener S, Analan E. Co-morbidity of migraine and major depression in the Turkish population. *Cephalalgia*. 2003;23(4):271-5.

Kelsey JL et al.. *Methods in observational epidemiology*. New York. Oxford Univ Press, 2ª Edição, 1996.

Kinne S, Patrick DL, Doyle DL. Prevalence of secondary conditions among people with disabilities. *American Journal of Public Health*, 2004;94(3):443-445.

Kivelä SL, Pahkala K. Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *J Am Geriatr Soc*, 2001;49:290-6.

Klein BEK, Cruickshanks KJ, Nondhal DM, Klein R, Dalton DS. Cataract and Hearing Loss in a Population-based Study: The Beaver Dam Studies. *Am J Ophthalmol*, 2001;132:537-543.

Klein R. Prevention of Visual Loss From Diabetic Retinopathy. *Survey of Ophthalmology*. 2002;47:S 246-S252.

Koch T. Disability and difference: balancing social and physical constructions. *J. Med. Ethics*, 2001;27(6):370-7.

Kortlang C, Koster JCA, Coulibaly S, Dubbeldam RP. Prevalence of blindness and visual impairment in the region of Ségou, Mali. A baseline survey for a primary eye care programme. *Tropical Medicine and International Health*, 1996;1(3):314-9.

Krymchantowski AV, Moreira Filho PF. Atualização no tratamento profilático das enxaquecas. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [periódico on line] 1999;57(2B):513-519. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X199900030027ng=t&nrm=isso> [2006 jan 02]

Kroeger A . Health interview in developing countries: a review of the methods and results. *Int. J. Epidemiol.* 1983;12:465-81.

Lamarca R, Ferrer M, Andresen PK, Liestol K, Keiding N, Alonso J. A changing relationship between disability and survival in the elderly population: differences by age. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003;56:1192-201.

Lavery LA, Wunderlich RP, Tredwell JL. Disease management for the diabetic foot: Effectiveness of a diabetic foot prevention program to reduce amputations and hospitalizations. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2005;70:31-7.

Lawthers AG, Pransky GS, Peterson LE, Himmelstein JH. Rethinking quality in the context of persons with disability. *Int. Journal for Qual. In Health Care*, 2003;15(4):289-99.

Leal DNB. Conceito de visão subnormal [periódico on line] São Paulo (SP);2005. Disponível em <URL: <http://www.cbo.com.br/subnorma/conceito.htm> [2005 mai 22]

Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

Leite IC, Schramm JMA, Gadelha AMJ et al. Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimadas pelo estudo Carga de Doença no Brasil Ciênc. saúde coletiva. [periódico on line] 2002;7(4):733-741. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400010&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 05]

Leon CFM, Beckett LA, Fillenbaum GG, Brock DB, Branch LG, Evans DA, Berkman LF. Black-White differences in risk of becoming disabled and recovering from disability in old age: a longitudinal analysis of two EPESE populations. American Journal of Epidemiology, 1997;145:488-97.

Lianza S. Medicina de Reabilitação. São Paulo. Ed Guabara-Koogan, 2ª Edição;1995.

Lianza S. A situação atual da reabilitação no estado de São Paulo. Revista Paulista dos Hospitais, 1982;1/2:5-10.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). Rev. Saúde Pública. 2004;38(5):637-42.

Lipson JG, Rogers JG. Cultural aspects of disability. J. Transcultural Nursing, 2000;11(3):212-9.

Locateli F, Pozzoni P, Tentori F, Del Vecchio L. Epidemiology of cardiovascular risk in patients with chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant, 2003;18 (Sup 7):vii2.

Lolio CA. Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev. Saúde Pública. [periódico on line] 1990;24(5):425-432. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101990000500012&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 15]

Lollar DJ, Crews JE. Redefining the role of public health in disability. Annu. Rev. Public Health, 2003;24:195-208.

Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública. [periódico on line] 2005;21(5):1595-1601. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S0102311X2005000500034&lng=pt&nrm=iso [2006 mar 13]

Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev. Saúde Pública. [periódico on line] 2002;36(2):213-221. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000200014&lng=pt&nrm=iso> [25 Jan 2006]

Machado WCA. Deficientes x serviços de saúde: uma sintonia necessária. Perfil da realidade. Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico on line] 2001;3(1). Disponível em <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista>> [2006 jan 28]

McGibbon CA, Krebs DE. Discriminating age and disability effects in locomotion: neuromuscular adaptations in musculoskeletal pathology. *J Appl Physiol* 2004, 96:149-60.

Medina NH, Barros OM, Muñoz EH, Magdaleno RL, Barros AJD, Ramos LR. Morbidade ocular em idosos da cidade de São Paulo – SP, Brasil. *Arq. Bras. Oftal.*, 1993;56(5):276-82.

Melese M, Alemayehu W, Bayu S, Girma T, Hailesellie T, Khandekar R, Worku A, Courtright P. Low vision and blindness in adults in Gurage Zone, central Ethiopia. *Br. J. Ophthalmol.*, 2003;87:677-80.

Michalas SP. The Pap test: George N. Papanicolaou (1883-1962). A screening test for the prevention of cancer of uterine cervix. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;90(2):135-8.

Ministério da Previdência Social. Boletins Estatísticos da Previdência Social. [on line]. Brasília (DF);2005. Disponível em <URL: [http:// www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) [2006 jan 09].

Minter KR, Gladwin MT. Pulmonary Complications of Sickle Cell Anemia. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2001;164(11):2016-9.

Miranda PSC, Cortes MCJW, Martins ME et al. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de medicina - UFMG. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [periódico on line] 2004;50(3):272-275. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302004000300033&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 19]

Monteiro CA, Benicio MHA. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985: VI. Doença respiratória *Rev. Saúde Pública.* [periódico on line] 1987;21(5): 380-386. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101987000500004&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 03]

Muñoz F, Lopez-Acuña D, Halverson P, Macedo CG, Hanna W, Larrieu M, Ubilla S, Zeballos J. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev. Panam. Salud Pública* 2000;8(1/2): 126-34.

Muñoz B, West SK. Blindness and visual impairment in the Americas and the Caribbean. *Br. J. Ophthalmol.*, 2002;86: 498-504.

Murthy GVS, Gupta SK, Bachani D, Jose R, John N. Current estimates of blindness in India. *Br. J. Ophthalmol*, 2005;89: 257-260.

Nomura K, Nakao M, Morimoto T. Effect of smoking on hearing loss: quality assessment and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 2005;40: 138-44.

Nogueira IC. Relatório sobre acidentes de trânsito, ano 2003. Prefeitura Municipal de São Jose dos Campos, 2004. [periódico on line]. Disponível em <URL: <http://www.sjc.sp.gov.br/downloads/secretarias/transportes/Estatisticas.pdf> [2006 mar 13]

Nordenfelt L. The importance of a disability/handicap distinction. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1997;22: 607-22.

Northway R. Integration and inclusion: illusion or progress in services for disable people. *Social Policy & Administration*, 1997;31(2):157-72.

Okoro CA, Denny CH, Greenlund KJ, Benjamin SM, Strine TW, Balluz LS, Mokdad AH. Risk factors for heart disease and stroke among diabetic persons, by disability status. *J Diabetes Complications*,. 2005;19(4): 201-6.

Oman D, Reed D, Ferrara A. do elderly women have more physical disability than men do? *American Journal of Epidemiology*, 1999;150(8): 834-42.

OMS, Organização mundial de saúde. CIF: classificação intencional de funcionalidade, incapacidade e saúde [centro colaborador da organização mundial de saúde para a família de classificações internacionais, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

OPAS, Organização Panamericana de Ssaúde La Salud em Las Américas. WASHINGTON DC;OPAS: 2002.

OPAS, organização panamericana de saude. Programa Regional de Salud Del Adulto: Rehabilitación. Determinación de prevaecía de discapacidades: manual de encuestas domiciliares. 1990.

O'Rourke S, MacHale S, Signorini D, Dennis M. Detecting Psychiatric Morbidity After Stroke. *Stroke*. 1998;29: 980-985.

Ostir GV, Carlson JE, Black SA, Rudkin L, Goodwin JS, Arkides KS. Disability in older adults 1: prevalence, causes, and consequences. *Behav. Med.*, 1999;24(4): 147-56.

Passos VMA, Barreto SM, Diniz LM et al. Diabetes tipo 2: prevalência e fatores associados em uma comunidade brasileira. Projeto Bambuí de estudo de saúde e envelhecimento. *São Paulo Med. J.* [periódico on line] 2005;123(2): 66-71. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151631802005000200007&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 11]

Patel V, Kleinman A. Poverty and Common Mental disorders in developing countries. *Bull World Health Org* 2003;81(8): 609-15.

Penninx B, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk J, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health*, 1999;89(9): 1346-52.

Picavet HSJ, Bos GAM van den. Comparing survey data on functional disability: the impact of some methodological differences. *J Epidemiol Community Health* 1996;50: 86-93.

Picavet HSJ, Hoeymans N. Physical disability in The Netherlands: prevalence risk groups and time trends. *Public Health* 2002;116: 231-7.

Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*. [periódico on line] 1994;28(4): 261-267. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101994000400004&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 13]

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [periódico on line] 2002;7(4): 687-707. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400007&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 14]

Pinho AA, Franca-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. [periódico on line] 2003;3(1): 95-112. Disponível em <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292003000100012&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 19]

Portugal, Secretariado Nacional de Reabilitação/ Organização Mundial de Saúde SNR/OMS. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): Um manual de classificação das conseqüências das doenças (CIDID). Lisboa: SNR/OMS;1989.

Prince MJ, Harwood RA, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. *The Gospel Oak Project V. Psychol. Med.*, 1997;27: 311-21.

Qiu Z. Disability statistics in the people's Republic of China. [on line] 2005 China. Disponível em <URL: [http:// http://www.dinf.ne.jp/doc/english/asia/resource/z00ap/003/z00ap00308.htm](http://www.dinf.ne.jp/doc/english/asia/resource/z00ap/003/z00ap00308.htm)> [2006 jan 12]

Rao M, Pereira BJG. Optimal anemia management reduces cardiovascular morbidity, mortality, and costs in chronic kidney disease. *Kidney International*, 2005;68: 1432-8.

Rodrigues CS, Ladeira RM, Pereira JC, Paula IM. Secretaria de Saúde de Belo Horizonte. Saúde em trânsito: Pesquisa de acompanhamento de vítimas de acidentes de trânsito em Belo Horizonte / Secretaria de Saúde de Belo Horizonte e BHTRANS; Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte [on line]. Disponível em <URL: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/trnsito.pdf>> [2006 mar 12]

SACI, Solidariedade, Apoio, Comunicação e Informação. As deficiências. [on line]. São Paulo (SP);2004. Disponível em <URL: [http:// www.saci.org.br](http://www.saci.org.br)> [2004 fev 09].

Sanchez J, Bourderon P. A survey handicapped people in Saône-et-Loire (France). *International Journal of Rehabilitation Research*, 1992;15: 154-157.

Santos Jr ACS, Lessa I. Prevalência de incapacidades em dois diferentes grupos sociais em Salvador, Brasil. *Bol of Sanit Panam.*, 1989;106(4):304-13.

Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [periódico on line] 2002;7(4): 757-776. Disponível em <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400012&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 04]

SEADE Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. [on line] Disponível em <URL:<http://www.seade.gov.br>> [2005 dez 23]

Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. Gac Sanit, 2003;17(3): 23-34.

Segura J, Campo C, Ruilope RM. Chronic kidney disease and global cardiovascular risk in essential hypertension. Minerva Medica, 2004;95: 375-83.

Shaar K, McCarthy M. Definitions and determinants of handicap in people with disabilities. Epidemiologic Reviews, 1994;16(2):228-42.

Silva OM. Epopéia ignorada – a pessoa deficiente na historia do mundo de ontem e de hoje. São Paulo, CEDAS, 1987.

Simon GE, Katon WJ, Lin EHB, Ludman E, Vonkorff M, Ciechanowski P, Young BA. Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. General Hospital Psychiatry, 2005;27(5): 344-351.

Smith GD et al. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. Br Med J. 1990;301: 373 -7.

Smith RD. Promoting the health of people with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia. Health Prom Int., 2000;15(1): 79-85.

Snowdon J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade?. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico on line] 2002;24(1): 42-47. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462002000500009&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan03]

Sommer A, Tielsch JM, Katz J, Quigley HA, Gottsch JD, Javitt JC, Martone JF, Royall RM, Witt KA, Ezrine S. Racial differences in the cause-specific prevalence of blindness in East Baltimore. The New England Journal of Medicine, 1991;14: 1412-7.

Souza LJ et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. Arq Bras Endocrinol Metab, 2003;47(1): 69-74.

Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. Rev. Saúde Pública. [periódico on line] 2005, 39(4): 585-592. Disponível na em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000400011&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 15]

Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am. J. Psychiatry*, 2000;157: 1606-13.

Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damascena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21: S54-S64.

Tabbara KF, Ross-Degnan D. Blindness in Saudi Arabia. *JAMA*, 1986, 255(24): 3378-84.

Tabbara KF. Blindness in the eastern Mediterranean countries. *Br. J. Ophthalmol.*, 2001;85: 771-5.

Tanajura D, Santos-Jesus R, Tavares-Neto J et al. Prevalência de depressão em diferentes grupos de pacientes internados no Hospital Universitário da Bahia. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [periódico on line] 2002;24(4): 182-185. Disponível em <URL : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462002000400007&lng=pt&nrm=iso.> [2006 jan 05]

Taylor HR, Keeffe JE. World blindness: a 21st century perspective. *Br. J. Ophthalmol.* 2001;85: 261-6.

Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. *Bull. World Health Org.*, 1995;73(1): 115-21.

Towsend P et al. *Inequalities in health (The Black report & The health divide)* Londres, Penguin Books, 1988.

Trindade IS, Heineck G, Machado JR et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). *Arq. Bras. Cardiol.* [periódico on line] 1998;71(2): 127-130. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X1998000800006&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 14]

Unglert CVS, Rosemburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública.* [periódico on line] 1987;21(5): 439-446. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101987000500009&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan 14]

Veras RP, Coutinho ESF. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Rev. Saúde Pública.* [periódico on line] 1991;25(3): 209-217. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101991000300008&lng=pt&nrm=isso> [2006 jan05]

Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc. Sci. Med.*, 1994;38(1): 1-14.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. In: *Acesso e uso de serviços de saúde no Brasil: uma análise da PNAD/98.* Ciência & Saúde Coletiva 2002;7(4): 607-618.

Walker RW, McLarty DG, Kitange HM, Whiting D, Masuki G, Mtasiwa DM, Machibya H, Unwin N, Alberti KG. Stroke mortality in urban and rural Tanzania. Adult Morbidity and Mortality Project. *Lancet*. 2000;355(9216): 1684-7.

Warren MD. The prevalence of disability: measuring and estimating the number and the needs of disabled people in the community. *Public Health*, 1987;101: 333-41.

Wilmanska J. Hypertension in the elderly with advanced locomotive disability. *Journal of Human Hypertension*, 1998;12: 639-40.

Wilson DH, Walsh PG, Sanchez L, Davis AC, Taylor AW, Tucker G, Meagher I. The epidemiology of hearing impairment in an Australian adult population. *Int. J. Epidemiol.*, 1999;28: 247-52.

Whitcher JP, Srinivasan M, Upadhyay MP. Corneal blindness: a global perspective. *Bull. World Health Org.*, 2001;79(3):214-21.

White KL. Health surveys: who, why and what? *World Health Statis. Quart.* 1985;38:2-14.

WHO, World Health Organization. The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope. Geneva;2002.

Yadav SS. Disability and handicap among elderly Singaporeans. *Singapore Med. J.*, 2001;42(8): 360-7.

Yoda H. New Views on Disabilities and the Challenge to Social Welfare in Japan. *Social Science Japan Journal*, 2002;5(1): 1-15.

Zainal M, Ismail SM, Ropilah AR, Elias H, Arumugam G, Alias D, Fathilah J, Lim TO, Ding LM, Goh PP. Prevalence of blindness and low vision in Malaysian population: results from the National Eye Survey 1996. *Br. J. Ophthalmol.*, 2002;86: 951-6.

8. Anexo 1

