

Integrando Pesquisa e Extensão na UFMG: Estudo da Prevalência de Incapacidades em Sete Municípios de Minas Gerais, 2002-2004

Área Temática de Saúde

Resumo

Este trabalho vincula a pesquisa à extensão no DMPS/FM/UFMG, tendo a Coordenadoria de Apoio e Assistência à Pessoa Deficiente/CAADE/SEDESE/MG contratado a FUNDEP/UFMG para a realização deste. Como aspecto inovador da proposta observa-se que desde seu início está prevista a realização de Seminários nos sete municípios pesquisados, nos quais serão discutidos com a sociedade os resultados e as medidas factíveis em cada município. Na metodologia utilizou-se mapa dos setores censitários do IBGE. Através de randomização selecionaram-se os setores e o número de moradias a serem entrevistadas. Entrevistadores aplicaram o questionário e levantaram o número e localização de suspeitos de incapacidades. Todos os domicílios que apresentavam suspeitos de incapacidades foram visitados por um médico treinado para a validação. Os resultados encontrados para as prevalências que variaram de 2 a 6% são comparáveis aos obtidos através do Censo da Amostra realizado pelo IBGE em 2.000. A observação das condições de vida e moradia realizada no momento da visita médica mostra um quadro preocupante quanto às condições de vida das famílias de baixa renda. Como produto da pesquisa destaca-se a proposição da criação de uma disciplina de graduação para toda a área da saúde voltada para os portadores de necessidades especiais.

Autores

Geraldo Cunha Cury - Professor Adjunto DMPS/FM/UFMG);

Flávio Couto e Silva de Oliveira (Coordenador da Coordenadoria de Apoio e Assistência à Pessoa Deficiente, Doutorando da FAE/UFMG)

Samuel Antonio de Lacerda (Pesquisador FUNDEP);

Cláudia Ferreira de Souza (Mestranda CEDEPLAR/UFMG)

Adriana Maria Kakehasi, (Pesquisadora FUNDEP, Reumatologista, Doutoranda FM/UFMG)

Instituições

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Ministério da Saúde

Palavras-chave: deficiência; prevalência; incapacidades.

Introdução e objetivo

Em 30 de outubro de 2002 foi assinado o contrato 01/2002 entre a CAADE e a FUNDEP para desenvolvimento de um projeto de pesquisa sobre a prevalência de incapacidades em sete municípios de Minas Gerais, nele se as cidades a serem pesquisadas: Araxá, Coromandel, Diamantina, Itabira, Montes Claros, Paracatu e Teófilo Otoni. O “Manual e Encuestas Domiciliares (OPS/OMS)” serviu de orientação para o desenvolvimento dos trabalhos. Para melhor entendimento da questão dos portadores de necessidades especiais apresenta-se a seguir a evolução da visão das instituições internacionais e nacionais sobre o tema.

Pelos fatos apresentados a seguir fica evidente que o presente trabalho faz parte de uma proposta internacional encampada pelo governo brasileiro visando a construção de políticas públicas eficazes, as quais só serão conquistadas com o esforço de todos os setores

da sociedade, principalmente do trabalho conjunto com as várias associações de portadores de necessidades especiais.

Como foi recomendado no Programa de Ação Mundial, a Divisão de Estatística da Secretaria das Nações Unidas tem se esforçado por desenvolver um sistema realista e factível de obtenção de dados nos países membros.

O Manual citado acima foi elaborado especificamente para gestores de programas que produzem e utilizam informação estatística para ser aplicadas na supervisão e avaliação de políticas e programas relacionados aos portadores de necessidades especiais. Foi recomendado pela OMS que os dados produzidos devem levar em conta as recomendações para inclusão das questões relacionadas às deficiências nos Censos a serem realizados no ano de 2000, sugere também que a difusão dos dados e sua análise se preste para fins de estabelecimento de políticas públicas.

A Divisão de Estatística da OMS está revisando e atualizando a base de dados sobre estatísticas de incapacidades para apresentar, em formato facilmente compreensível, dados sobre incapacidades e uma série mínima de indicadores sobre a situação das pessoas portadoras ou não de necessidades especiais. Como primeiro passo, estão sendo preparados indicadores sobre a prevalência da incapacidade, para difusão pela Internet.

Os Censos nacionais são, para muitos países, uma fonte importante de informação sobre incapacidades. Desde que foi celebrado em 1981 o Ano Internacional dos Portadores de Necessidades Especiais tem aumentado consideravelmente o número de Censos que incluem questões relacionadas às Incapacidades.

No dia 3 de dezembro de 1999, Dia Internacional das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais, o Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou a necessidade da elaboração de uma agenda que abordasse a questão da atenção a esse grupo da população. Na oportunidade destacou estimativas que indicam cifras de sete a dez por cento da população mundial como deficientes, significando que mais de 500 milhões de pessoas eram portadoras de necessidades especiais. Relatou também dados mostrando que 80% dessas pessoas viviam em países em desenvolvimento.

O Brasil, através do Ministério da Saúde, dentre outros setores, tem trabalhado a construção de políticas públicas voltadas para os portadores de necessidades especiais. O novo organograma do MS de julho de 2003, especialmente a apresentação da Secretária de Atenção à Saúde (SAS), e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE) indica que a questão dos portadores de necessidades especiais tem recebido atenção por parte do Ministério. Nesta se localiza a área técnica responsável pela articulação das questões relacionadas aos portadores de deficiência.

Por esta razão este projeto de pesquisa, que faz parte de um esforço nacional de conhecimento sobre os portadores de deficiências e da construção de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de assistência e da qualidade de vida dessas populações, originou-se nacionalmente neste Departamento e em Minas Gerais tem origem na CAADE/MG.

Uma análise dos estudos da prevalência de incapacidades em 18 países entre 1961 e 1975 mostra números para a prevalência de incapacidades que variam entre 1% e 25%, diferenças estas atribuídas principalmente à metodologia utilizada, às características da população estudada e a diferenças de critérios aplicados com relação ao conceito de incapacidade.

Diante deste panorama confuso a OMS realizou investigações em vários países que estabeleceram um número entre 7% e 10% da população mundial como incapacitada, dos quais 2/3 pertenciam a países em desenvolvimento. Estimou que os serviços de atenção existentes cobriam apenas 2% desta população. Por sua vez, do estimado de 7% a 10%, se calculou que 3% necessitavam de atenção imediata em reabilitação e poderiam ter sua

condição melhorada; 1% era severamente incapacitado e requeria serviços institucionais; e entre 3% a 6% não requeriam ou não se beneficiariam de serviços de reabilitação. Os demais 20% a 25% das incapacidades (basicamente devidas a enfermidades infecciosas, desnutrição, acidentes e causas perinatais) seriam devidos a causas preveníveis.

A Organização das Nações Unidas (ONU) desenvolveu um banco mundial de informações estatísticas sobre incapacidades, que agrega dados de 55 países, obtidos por censos generalizados de informações de população e outras fontes nele são referidos três países da América Central, quatro do Caribe e quatro da América do Sul. Na Venezuela várias amostras realizadas demonstram números para a prevalência de incapacidades que variam entre 1.26% e em 5.22%. Na Colômbia em 1974 em averiguação com uma amostra representativa de 5% de incapacidades. Na Argentina em um estudo na Província de La Rioja realizado em 1981 e 1985 e que cobriu 44% da população local observou-se uma incidência de 4.9% de incapacidades, e em outro estudo na Província de Neuquém em 1984 que abrangeu em 32% da população, encontrou-se 2.42% de incapacidades.

Portanto, na América Latina, como no resto do mundo, observam-se números discrepantes e não comparáveis pela utilização de diferentes metodologias e critérios para o termo incapacidades. Pelo exposto pretende-se a obtenção de estatísticas confiáveis de incapacidades, particularmente, na América Latina e Caribe, sendo preocupante, especialmente o pouco valor dado a sua utilização na formulação de políticas, no planejamento e desenvolvimento de programas e serviços de reabilitação que cheguem a alcançar uma cobertura aceitável para o problema. Isto é especialmente importante se considerar que a população da região cresceu 1,51% entre 1990 e o ano de 2000, aumentando consideravelmente o número absoluto de pessoas incapacitadas, impondo uma carga ainda maior aos países da região, que terão que utilizar com mais eficiência seus recursos estabelecendo políticas e programas baseando em critérios epidemiológicos e de planejamento em saúde. Neste empenho, a disponibilidade de estatísticas confiáveis e comparáveis quanto à população incapacitada, reveste-se de importância capital.

A Classificação Internacional de Deficiências - CIF, Incapacidades e Limitações (ICIDH) foi publicada inicialmente pela Organização Mundial da Saúde em 1980 com caráter experimental. Posteriormente a CIF resultou de uma revisão da ICIDH desenvolvida após estudos de campo sistemáticos e consultas internacionais durante cinco anos. A CIF foi aprovada pela Quinquagésima Quarta Assembléia Mundial da Saúde para utilização internacional em 22 de maio de 2.001 através da Resolução WHA 54.21. A meta geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho).

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde. A família de classificações internacionais da OMS proporciona um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde (e.g. diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, motivos de contacto com os serviços de saúde) e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências.

Nas classificações internacionais da OMS, os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) são classificados principalmente na CID-10 (abreviatura da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão),⁴ que fornece uma estrutura de base etiológica. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares,⁵ e os utilizadores são estimulados a usar em conjunto esses dois membros da família de classificações internacionais da OMS. A CID-10

proporciona um “diagnóstico” de doenças, perturbações ou outras condições de saúde, que é complementado pelas informações adicionais fornecidas pela CIF sobre funcionalidade. Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade, dão uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizada em tomadas de decisão.

A família de classificações internacionais da OMS constitui uma ferramenta valiosa para a descrição e a comparação da saúde das populações num contexto internacional. As informações sobre a mortalidade (facultadas pela CID-10) e sobre as conseqüências na saúde (proporcionadas pela CIF) podem ser combinadas de forma a obter medidas sintéticas da saúde das populações. Isto permite seguir a saúde das populações e a sua distribuição, bem como avaliar a parte atribuída às diferentes causas. A CIF transformou-se, de uma classificação de “conseqüência da doença” (versão de 1980) numa classificação de “componentes da saúde”.

Os “componentes da saúde” identificam o que constitui a saúde, enquanto que as “conseqüências” se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa. Deste modo a CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia de modo que os investigadores podem desenvolver inferências causais utilizando métodos científicos adequados. De maneira similar esta abordagem também é diferente de uma abordagem do tipo “determinantes de saúde” ou “fatores de risco”.

Para facilitar o estudo dos determinantes ou dos fatores de risco, a CIF inclui uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive. Para compreender e explicar a incapacidade e a funcionalidade, foram propostos vários modelos conceptuais 16. Esses modelos podem ser expressos numa dialética de “modelo médico” versus “modelo social”.

O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à incapacidade têm por meta a cura ou a adaptação do indivíduo e mudança de comportamento. A assistência médica é considerada como a questão principal e, em âmbito político, a principal resposta é a modificação ou reforma da política de saúde.

O modelo social de incapacidade, por sua vez, considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, a solução do problema requer uma ação social e é da responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão comportamental ou ideológica que requer mudanças sociais que, a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos.

De acordo com este modelo, a incapacidade é uma questão política. A CIF baseia-se numa integração desses dois modelos opostos. Para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade é utilizada uma abordagem “biopsicossocial”. Assim, a CIF tenta chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social.

É evidente que tratar de políticas públicas voltadas para a atenção aos portadores de necessidades especiais passa necessariamente por um novo pensar em todas as áreas da atividade humana, mudança que vai desde a reformulação de estruturas curriculares de cursos médios e superiores de várias áreas da saúde e de outras áreas, da implantação de um programa de educação continuada para os vários profissionais, até um novo olhar da mídia e da sociedade sobre o tema.

Objetivo: este projeto de pesquisa faz parte de um esforço nacional de conhecimento de dados sobre os portadores de deficiências e da construção de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de assistência e da qualidade de vida dessas populações.

Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido em sete cidades do Estado de Minas Gerais: Araxá, Coromandel, Diamantina, Itabira, Montes Claros, Teófilo Otoni e Paracatu. Um dos objetivos específicos deste estudo é avaliar a prevalência de incapacidades nas citadas cidades, apresentadas na tabela abaixo.

Tabela 1- População de cidades selecionadas, Minas Gerais, 2000

Cidade	População
Araxá	78.997
Coromandel	27.452
Diamantina	44.259
Itabira	98.322
Montes Claros	306.947
Paracatu	75.216
Teófilo Otoni	129.424

Fonte- IBGE, Censo, 2000.

Por questão de qualidade dos trabalhos utilizaram-se os setores censitários do IBGE e como entrevistadores ou supervisores pessoas que já tivessem participado dos treinamentos realizados pelo citado órgão e que vivenciaram o Censo 2000, possuindo assim uma experiência valiosa para esta pesquisa.

A metodologia a ser utilizada foi a do “Manual de Encuestas Domiciliares em Incapacidades” da OPS/OMS, baseado no “Manual Capacitacion de Las Personas Incapacitadas en La comunidad” um valioso instrumento para a atenção básica. A metodologia adaptada tem basicamente duas fases bem diferenciadas; uma de detecção na população em geral de suspeitas de incapacidades, realizada por entrevistadores treinados; outra de validação por médicos especialistas em Medicina Física e Reabilitação ou Médicos Generalistas devidamente treinados, eventualmente poder-se-á utilizar Fisioterapeutas com experiência suficiente e treinamento.

Foi desenvolvido estudo por docente do Departamento de Estatística da UFMG para avaliação da metodologia proposta pela OPS/OMS, tendo sido feito um plano de amostragem para a estimação da prevalência de portadores de necessidades especiais, levando-se em conta a população dos setores censitários. Os setores censitários foram selecionados com probabilidade proporcional ao número de unidades domiciliares de cada setor.

Em um segundo estágio foram selecionados, em cada setor censitário amostrado, os domicílios particulares e as unidades de habitação em domicílios coletivos para a investigação sobre as características em estudo dos moradores. Deve-se decidir o número de setores censitários a amostrar. É recomendável que este número esteja compreendido entre 30 e 50, de modo a evitar que a amostra de domicílios se distribua de maneira muito dispersa, aumentando o esforço amostral, tempo e custos em geral. Um número muito menor do que 30 setores censitários envolvidos na amostragem poderia causar vícios nas inferências. Isto porque certos setores censitários podem ter realidades muito particulares e distintas do restante da população. Dados vindos deste setor poderiam ter um impacto expressivo na estimativa da prevalência de deficientes na população.

Tamanhos amostrais necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

Município	Número de Residências	Tamanho da amostra (nº de residências)
Araxá	22.062	728
Coromandel	8.297	690
Diamantina	10.227	701
Itabira	24.249	730
Montes Claros	75.676	746
Paracatu	18.454	724
Teófilo Otoni	33.194	736

A partir do mapeamento censitário selecionamos através de randomização (sorteio aleatório realizado através da utilização da tabela de números aleatórios) os setores a serem pesquisados nos municípios. Cada município foi trabalhado com a seleção de 30 a 50 setores censitários, número esse que seguiu o proposto no Manual da OPS/OMS, no caso de municípios com número de setores menores que 30 trabalhou-se com todos eles. Após a seleção dos setores fez-se uma amostragem proporcional ao número de domicílios de cada setor, estabelecendo-se o trajeto a ser percorrido pelo entrevistador a partir de coordenadas sorteadas, sendo o lado da rua cujas casas deveriam ser pesquisadas determinado pela direção das setas traçadas no mapa. No caso do trajeto determinado conter uma virada à esquerda em uma esquina, as residências da esquerda do entrevistador é que serão pesquisadas; se virar à direita, as residências à direita do mesmo.

Os questionários utilizados levantam dados sobre as moradias, seus habitantes, presença de portadores de deficiências e dados sobre as mesmas.

Resultados e discussão

Inicialmente desenvolveram-se estudos frente à confusão estabelecida pela mídia impressa e televisiva a respeito do Censo 2000, onde se detectou que 14,5% da população brasileira eram de portadores de, pelo menos, uma das deficiências investigadas. Na mídia não foi feita distinção entre deficiência e incapacidade, sendo importante citar um exemplo para clarear esta questão: uma pessoa míope que esteja com o óculos “fraco” entra na estatística oficial. Ora, ela é portadora de deficiência visual, mas ser apresentada num conjunto que englobe também o cego é um fato gerador de distorções na compreensão do problema.

Para clarear esta questão lembramos que das 24.600.256 detectadas como portadoras de deficiências, 16.644.842 relataram problemas visuais (incapazes, com alguma ou grande dificuldade de enxergar), destes apenas 15,61% eram das categorias dos incapacitados ou com grande dificuldade, ou seja, 2.598.260. Apenas na análise das questões relacionadas à visão verifica-se que dos 14,48% de portadores de deficiências no Brasil retirando-se a pessoas com alguma dificuldade de enxergar temos 9,4%; se fizermos o mesmo com as outras questões levantadas no censo teremos em número de portadores de deficiências graves ou incapazes muito menor que o apresentado. Dentre as 5.735.099 pessoas que foram relatadas no quesito sobre audição, o número de surdos foi de 166.400, sendo 80 mil mulheres e 86.400 homens, além disso, cerca de 900 mil pessoas declararam ter grande dificuldade permanente de ouvir.

Frente a estas questões trabalhou-se com o banco de dados completos do Censo 2000 (microdados), e através dos mesmos observamos que os percentuais de incapacidades detectados pelo Censo foram bem próximos dos deste trabalho. Dos 9 milhões de portadores

de deficiência que trabalhavam, 5,6 milhões eram homens e 3,5 milhões eram mulheres. Mais da metade (4,9 milhões) ganhava até dois salários mínimos.

Em relação ao rendimento das pessoas ocupadas, verificou-se que as diferenças relacionadas a ser portador ou não de deficiência eram da ordem das diferenças por gênero e ambas menores que o diferencial por cor. Por exemplo, 22,4% da população ocupada sem deficiência ganhavam até 1 salário mínimo.

Entre os portadores de deficiência, esse percentual era de 29,5%. Entre homens e mulheres que não tinham deficiência os percentuais eram de 19,3% e 27,3%, respectivamente. Já a proporção de pessoas que se declararam brancas que ganhavam até 1 salário mínimo era de 18,15% e a de pessoas que se declararam pretas, 34,50%. Entre os portadores de deficiência que trabalhavam, a maior proporção (31,5%) era de trabalhadores no setor de serviços ou vendedores do comércio. Porém, enquanto uma em cada quatro pessoas portadoras de deficiência era trabalhadora agropecuária, florestal ou de caça e pesca, somente 16,4% da população sem nenhuma incapacidade exerciam essas ocupações.

No aspecto educacional, em 2000, a taxa de alfabetização das pessoas de 15 anos ou mais de idade era de 87,1%. Já entre os portadores de, pelo menos, uma das deficiências investigadas era de 72,0%. Do total de pessoas de 15 anos ou mais de idade sem instrução ou com até 3 anos de estudo, 32,9% eram portadoras de alguma deficiência. Regionalmente observaram-se percentuais semelhantes de portadores de deficiência para este nível de instrução. O grande diferencial se produz a partir do 1º grau completo ou 8 anos de estudo: aí o percentual de pessoas com deficiência cai para valores próximos a 10%. Ou seja, enquanto no grupo com menos instrução, quase uma entre três pessoas era portadora de deficiência, entre os que concluíram pelo menos o 1º grau, somente uma em cada dez pessoas possuía alguma incapacidade. No Brasil, a frequência escolar das pessoas de 7 a 14 anos de idade, estava praticamente universalizada (94,5%), mas para os portadores de, pelo menos, uma das deficiências investigadas o percentual era menor (88,6%) e caía para 74,9% no caso das deficiências severas. A menor taxa de frequência escolar foi observada entre as pessoas que tinham alguma deficiência física permanente (61,0%).

Quanto à esperança de vida ao nascer, o brasileiro vive em média 68,6 anos e passa 80% da vida sem apresentar nenhuma incapacidade. Como a esperança de vida livre de incapacidade é de 54 anos, a população viverá em média 14 anos com algum tipo de deficiência. Na cidade de Araxá foram detectados 3,2% de incapacidades.

Como etapa final estão previstos a conclusão das análises dos dados e a realização dos seminários, nestes poder-se-á trabalhar com as instituições oficiais, associações e ONGS que lidam com esta questão. O produto desejado do seminário será a elaboração de políticas públicas votadas para a questão dos portadores de deficiências.

Como produto deste trabalho destaca-se a proposição da criação de uma disciplina de graduação na UFMG para toda a área da saúde voltada para a atenção aos portadores de necessidades especiais.

Conclusões

A integração da pesquisa com a extensão mostra-se como um fato importante para a consolidação da inserção da Universidade junto à sociedade enquanto ator da transformação social, sendo muito importante que a Universidade incorpore na sua temática a discussão sobre os portadores de necessidades especiais.

Referências bibliográficas

ALBORNOZ, R. Censo de Incapacitados en el Estado Aragua. (Información Preliminar). Aragua Médico Sanitário (Venezuela) Vol 1, No.1. Agosto de 1964.

BARBOTTE, E.; GUILLEMIM, F.; CHAU, N & THE LORHANDICAP GROUP. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11):1047-1055, 2001.

CIF: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INACACIDADE E SAÚDE São Paulo: EDUSP, 2003. CLASSIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD. WHO, 2001. 312p. *Classificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalia. (Manual de Classificación de las Consecuencias de la Enfermedad)*. OMS. Editado Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1983.

COCHRAN, W.G. *Sampling Techniques*. New York: John Wiley & Sons, 1977. 428p.

CURY, G.C. *Vigilância à Saúde Volume I Epidemiologia para uso junto ao Sistema Único de Saúde/Programa de Saúde da Família*. COOPMED, BH, MG. 2001. 46p.

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS LOCALES DE SALUD OPS/OMS 1989. *Disability Prevention and Rehabilitation*. WHO – 25 WORLD HEALTH ASSEMBLY. A- 29/inf. Doc/ 1 April 1976.

Ferreira, S.M.G. in: *Sistema de Informação em Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. p.171-191, 2001.

International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. (A manual of classification Relating to the consequences of disease). WHO. Geneva, 1980.

KROEGER, A. Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista, en los países en desarrollo. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*. 100. 3 (253-282)1986.

METHODS AND OBJECTIVES FOR DEVELOPMENT OF DATA BASE ON DISABLED PERSONS. (Workno paper) U.S. Secretariat. Department of International. Economic and Social Affairs. Statistical Office and Centre for social Development and Humanitarian affairs. 8 february 1985.

Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde *MANUAL DE ENCUESTAS DOMICILIARIAS*, s.d., mimeo.

PREVENCIÓN DE INCAPACIDADES Y REHABILITACIÓN. WHO (EB. 57. R-18-57 Reunión. Enero de 1976). Programa de Acción Mundial para las Pesonas com Discopacidad (Naciones Unidas 1983). (Traducción Real de Patronato de Prevención y de Atención a Personal com Minusvalias 1988).

REPORT OF THE EXPERT GROUP ON DEVELOPMENT OF STATISTICS ON DISABLED PERSONS. U.N.ESA/Stat/AC 1817, Hybe 1984. Talher sobre prevenção. *Rehabilitación e Integración de Personas discapacitadas*. OPS/OMS Wachington, junio de 1985. Documento de trabajo. <www.ibge.gov.br>acessada em julho de 2003.