00135.209348/2022-59

995

Ofício nº 263 (SF)

Brasília, em 20 de Abril de 2022.

A Sua Excelência a Senhora
Cristiane Rodrigues Britto
Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

Assunto: Pedido de informações.

Senhora Ministra,

Encaminho a Vossa Excelência, nos termos do disposto no § 2º do art. 50 da Constituição Federal, pedido de informações da Senadora Mara Gabrilli, aprovado pela Mesa do Senado Federal, contido no Requerimento nº 2.219, de 2021.

Segue, em anexo, avulso da proposição e cópia do Parecer nº 37, de 2022.

Esclareço a Vossa Excelência que, durante a vigência dos Atos do Presidente do Senado Federal nºs 2, 3 e 4, de 2020, os quais estabelecem medidas para prevenir a disseminação da Covid-19 no âmbito do Senado Federal, e, em atenção aos termos da Instrução Normativa da Secretaria-Geral da Mesa nº 13, de 2020, a resposta ao requerimento deverá ser assinada física ou eletronicamente por Vossa Excelência, e remetida, por meio de e-mail institucional do Ministério, em formato PDF, preferencialmente em arquivo único, ao seguinte endereço eletrônico: apoiomesa@senado.leg.br.

Na eventualidade de as informações solicitadas não serem ostensivas, solicito que sejam entregues na Secretaria-Geral da Mesa do Senado Federal, na Coordenação de Apoio a Mesa. É necessário, além disso, constar do lado de fora do envelope, devidamente lacrado, o ofício do Ministério, encaminhando as informações, assinado pela Ministra.

Nesse caso, acrescenta-se que seja apontado, expressamente, o sigilo legal específico que resguardam tais informações ou, se for o caso, eventual grau de classificação de sigilo (ultrassecreto, secreto ou reservado), nos termos do § 1º do art. 24 da Lei nº 12.527, de 2011, sob pena de regulamentação própria do Senado Federal, em atenção ao que determina o art. 18 do citado diploma legal – Lei de Acesso à Informação.

Atenciosamente,

Senador ELMANO FÉRRER
Segundo Secretário no
exercício da Primeira-Secretaria

tksa/rqs21-2219

SENADO FEDERAL

REQUERIMENTO Nº 2219, DE 2021

Informações à Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

AUTORIA: Senadora Mara Gabrilli (PSDB/SP)

Página da matéria

Ofício 263 (SF) (2906920) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 2

SENADO FEDERAL
Senadora Mara Gabrilli

SF/21722.79269-40

REQUERIMENTO Nº , DE 2021

Requer que sejam prestadas, pela Exma. Sra. Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), Damares Regina Alves, informações sobre a regulamentação do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que trata da criação de instrumentos para a avaliação da deficiência.

Requeiro, nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal e do art. 216 do Regimento Interno do Senado Federal, que sejam prestadas, pela Exma. Sra. Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), Damares Regina Alves, informações sobre a criação de instrumentos para a avaliação da deficiência, cuja regulamentação pelo Poder Executivo é prevista no art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

Nesses termos, requisitam-se:

1. relatório final dos trabalhos realizados pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, conforme previsto no § 1º do art. 8º do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020;

2. informações e justificativa sobre a ausência de publicidade aos trabalhos e às deliberações do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;

3. informações sobre o motivo da ausência de membros da sociedade civil da composição do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;

Ofício 263 (SF) (2906920) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 3

4. informações e justificativa sobre a ausência de submissão à consulta popular do relatório final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;

5. confirmação sobre a eventual ausência de representantes do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência nas reuniões do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência; e

6. informações sobre a eventual injuridicidade de deliberações tomadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência quando ausente qualquer dos integrantes previstos no art. 3º do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020.

7. Outrossim, requisita-se o envio de todas as atas de reuniões realizadas no âmbito do GTI e dos GTEs, assim como informações sobre a posição e o voto de cada membro do GTI na aprovação do relatório final.

SF/21722.79269-40

JUSTIFICAÇÃO

Uma das mais importantes inovações da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência) foi a previsão de instrumentos da avaliação biopsicossocial da deficiência, cuja implementação ficou a cargo do Poder Executivo, nos termos do art. 2º, § 2º da lei.

Em cumprimento à LBI, o Poder Executivo criou, por meio do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020, o Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. O GTI é formado por representantes do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMDH) – a quem cabe a coordenação dos trabalhos –, dos Ministérios da Economia, da Cidadania e da Saúde; da Advocacia-Geral

Ofício 263 (SF) (2906920) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 4

da União e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). O GTI conta, ainda, com a participação de especialistas convidados.

Também contribuiu com os trabalhos a Universidade de Brasília (UnB) que, mediante acordo firmado com o MMFDH, desenvolveu projeto para a validação científica do Índice de Funcionalidade Brasileira Modificado (IFBrM), cotado para constituir o instrumento da avaliação da deficiência.

Contudo, embora o trabalho do Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência tenha sido finalizado em setembro de 2021, o MMFDH nega acesso e publicidade ao relatório final dos trabalhos, justificando que só será divulgado depois de assinado o Decreto pelo Presidente da República.

Ora, dessa forma, a sociedade não saberá o conteúdo da referida regulamentação, impossibilitando as pessoas com deficiência de participarem ativamente da elaboração da norma, em total inobservância ao disposto no art. 4º, 3, da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil com *status* de emenda à Constituição.

Note-se que, nos trabalhos de elaboração da proposta, já havia ocorridos episódios infelizes, como a ausência do CONADE nas deliberações. Em audiência pública realizada na Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência da Câmara dos Deputados, realizada em 30 de abril deste ano, tomamos ciência de que o CONADE e especialistas presentes se retiraram de reunião realizada no âmbito dos grupos de trabalho, tendo em vista a dificuldade de diálogo sobre o Índice de Funcionalidade Brasileira Modificado (IFBrM), conforme relatos de Ana Cláudia Mendes de Figueiredo, representante do CONADE no GTI, e Izabel de Loureiro

SF/21722.79269-40

Ofício 263 (SF) (2906920) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 5

Maior, médica, professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ex-secretária Nacional da Pessoa com Deficiência e especialista atuante no GTI a convite do CONADE.

Agora, impede-se que as pessoas com deficiência e a sociedade exerçam o direito de participarem da discussão da proposta final. Sem a participação dos interessados, corremos o risco de ver uma norma aprovada com base somente em autoridade, sem discussão prévia com as pessoas diretamente afetadas, que podem ajudar a identificar problemas e inconsistências, além de apresentar diretamente suas demandas. O envolvimento ativo dos cidadãos enriqueceria consideravelmente o debate e, consequentemente, a norma dele resultante, além de satisfazer os princípios democráticos de participação e publicidade, constitucionalizados a partir da própria ratificação da Convenção da ONU supracitada.

Cabe ao Poder Legislativo, portanto, a necessária tarefa de controlar os atos do Poder Executivo e dar a conhecer à sociedade a proposta de regulamentação cuja adoção se avizinha.

Sala das Sessões,

Senadora MARA GABRILLI

SF/21722.79269-40

Ofício 263 (SF) (2906920) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 6

SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 37, DE 2022

Da COMISSÃO DIRETORA DO SENADO FEDERAL, sobre o Requerimento n° 2219, de 2021, da Senadora Mara Gabrilli, que Informações à Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos sobre a regulamentação do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que trata da criação de instrumentos para a avaliação da deficiência.

PRESIDENTE: Senador Rodrigo Pacheco
RELATOR: Senador Romário

07 de Abril de 2022

PARECER Nº , DE 2021

Da MESA, sobre o Requerimento (RQS) nº 2.219, de 2021, da Senadora Mara Gabrilli, que solicita à Sra. Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), Damares Regina Alves, *informações sobre a regulamentação do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que trata da criação de instrumentos para a avaliação da deficiência.*

SF/22177.39560-45

Relator: Senador Romário

I – RELATÓRIO

Encontra-se sob exame da Mesa o Requerimento (RQS) nº 2.219, de 2021, em que a Senadora Mara Gabrilli solicita, com suporte no art. 50, § 2º, da Constituição Federal e no art. 216 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), *informações sobre a regulamentação do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que trata da criação de instrumentos para a avaliação da deficiência.*

Para tal finalidade, formula as seguintes requisições:

1. *relatório final dos trabalhos realizados pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, conforme previsto no § 1º do art. 8º do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020;*

2. *informações e justificativa sobre a ausência de publicidade aos trabalhos e às deliberações do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;*

3. *informações sobre o motivo da ausência de membros da sociedade civil da composição do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;*

4. *informações e justificativa sobre a ausência de submissão à consulta popular do relatório final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da eficiência;*

5. *confirmação sobre a eventual ausência de representantes do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência nas reuniões do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;*

6. *informações sobre a eventual injuridicidade de deliberações tomadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência quando ausente qualquer dos integrantes previstos no art. 3º do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020; e*

7. *envio de todas as atas de reuniões realizadas no âmbito do GTI e dos GTEs, assim como informações sobre a posição e o voto de cada membro do GTI na aprovação do relatório final.*

SF/22177.39560-45

Na justificação apresentada, a autora da proposição argumenta que, embora o trabalho do Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência tenha sido finalizado em setembro de 2021, o MMFDH nega acesso e publicidade ao relatório final dos trabalhos, justificando que só será divulgado depois de assinado o Decreto pelo Presidente da República. Entende que, dessa forma, a sociedade não saberá o conteúdo da referida regulamentação, impossibilitando as pessoas com deficiência de participarem ativamente da elaboração da norma, em total inobservância ao disposto no art. 4º, 3, da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil com *status* de emenda à Constituição.

II – ANÁLISE

Nos termos da alínea *a* do inciso I do art. 215 do Risf, são dependentes de decisão da Mesa os requerimentos de informação a Ministro de Estado ou a qualquer titular de órgão diretamente subordinado à Presidência da República.

Ademais, a Constituição Federal, no § 2º de seu art. 50, determina que as Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal poderão encaminhar pedidos escritos de informações a Ministros de Estado ou a qualquer das pessoas referidas no *caput* daquele artigo, importando em crime de responsabilidade a recusa, ou o não atendimento, no prazo de trinta dias, bem como a prestação de informações falsas.

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos é o órgão diretamente subordinado à Presidência da República que pode deter os dados e documentos solicitados nos quesitos listados.

O preceito constitucional é regulamentado pelos arts. 216 e 217 do Risf e pelo Ato da Mesa nº 1, de 31 de janeiro de 2001. Nos termos desse Ato, o requerimento de informações deve ser dirigido a Ministro de Estado ou a titular de órgão diretamente subordinado à Presidência da República (art. 1º, § 1º) e as informações solicitadas deverão ter relação estreita e direta com o assunto que se procura esclarecer (art. 1º, § 2º)

De acordo com essas normas, cabe a este colegiado decidir a respeito da proposição em curso, que se destina ao *esclarecimento de assunto atinente à competência fiscalizadora do Senado.* Ademais, o RQS nº 2.219, de 2021, não contém *pedido de providência, consulta, sugestão, conselho ou interrogação sobre propósito da autoridade a quem se dirige.*

Por fim, registre-se que, caso o Ministério envie documentos ou dados sigilosos, estes deverão ter seu sigilo resguardado, nos termos dos dispositivos regimentais e outras normas aplicáveis, em especial os arts. 20 e 144, I, do RISF, e arts. 13 e 14 do Ato da Mesa nº 1, de 2001.

Conclui-se, portanto, que o Requerimento nº 2.219, de 2021, atende a tais requisitos, motivo pelo qual não há impedimentos constitucionais, regimentais ou regulamentares à sua aprovação.

III – VOTO

Ante o exposto, o voto é pela **aprovação** do Requerimento nº 2.219, de 2021.

Sala da Comissão,

SF/22177.39560-45

, Presidente

, Relator

SF/22177.39560-45

Ofício 263 (SF) (2906920) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 11

SENADO FEDERAL - SECRETARIA DE COMISSÕES

LISTA DE PRESENÇA

Reunião: 1ª Reunião, Ordinária, da CDIR
Data: 07 de abril de 2022 (quinta-feira), às 10h30
Local: Sala de Audiências da Presidência do Senado Federal

COMISSÃO DIRETORA DO SENADO FEDERAL - CDIR

TITULARES		SUPLENTES
-		
Rodrigo Pacheco (PSD)	Presente	1. Jorginho Mello (PL)
Veneziano Vital do Rêgo (MDB)	Presente	2. Luiz Carlos do Carmo (PSC)
Romário (PL)	Presente	3. Eliziane Gama (CIDADANIA)
Irajá (PSD)		4. Zequinha Marinho (PL)
Elmano Férrer (PP)	Presente	
Rogério Carvalho (PT)	Presente	
Weverton (PDT)	Presente	

Reunião: 1ª Reunião, Ordinária, da CDIR
Data: 07 de abril de 2022 (quinta-feira), às 10h30
Local: Sala de Audiências da Presidência do Senado Federal

NÃO MEMBROS DA COMISSÃO

Nelsinho Trad
Rodrigo Cunha
Marcos do Val

DECISÃO DA COMISSÃO

(RQS 2219/2021)

EM SUA 1ª REUNIÃO, NO DIA 07.04.2022, A COMISSÃO DIRETORA DO SENADO FEDERAL DEFERIU O PRESENTE REQUERIMENTO, NOS TERMOS DO RELATÓRIO.

07 de Abril de 2022

Senador RODRIGO PACHECO

Presidente da Comissão Diretora do Senado Federal

Ministério dos Direitos Humanos
Protocolo Geral
Recebemos em
25/04/2022
às 11:31 horas
Assinatura

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO E RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS

RELATÓRIO FINAL

GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

DECRETO Nº 10.415/2020

Processo nº 00135.213585/2020-52

Assunto: Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência

1. APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. INTRODUÇÃO

O Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência foi instituído por meio do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020. Conforme o decreto:

> Art. 2º Ao Grupo de Trabalho Interinstitucional compete formular propostas sobre:
>
> I - ato normativo para regulamentar o art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que conterá os instrumentos e o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência; e
>
> II - a criação e a alteração de atos normativos necessários à implementação unificada da avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.
>
> Parágrafo único. O Grupo de Trabalho Interinstitucional utilizará o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado como instrumento-base para a elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência.

O GTI é coordenado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Em sua composição o GTI conta com representações dos seguintes órgãos: dois representantes do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; dois do Ministério da Economia[1] ; um do Ministério da Cidadania; um do Ministério da Saúde; um da Advocacia-Geral da União; e dois do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Conforme dispõe o art. 6º do Decreto nº 10.415/2020, foram instituídos três grupos técnicos especializados para apoiar as atividades do GTI por meio do levantamento de informações e elaboração de estudos técnicos:

- Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial;
- Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário Financeiro do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial; e
- Grupo Técnico Especializado sobre Normativos do Modelo Único de Avaliação da Deficiência.

A primeira seção do presente relatório aborda aspectos relacionados ao perfil da população com deficiência, avaliação da deficiência, políticas públicas federais voltadas a esse público, contexto legal e histórico da introdução da avaliação biopsicossocial da deficiência nas políticas federais. A segunda seção traz um resumo das atividades realizadas pelo GTI durante seu funcionamento. Na terceira seção, serão apresentadas as propostas de instrumentos de avaliação ajustados que foram elaborados e discutidos no âmbito do Grupo. As propostas de implantação da avaliação biopsicossocial são tratadas na quarta seção. A quinta seção apresenta as conclusões do GTI e recomendações para a implantação do modelo único de avaliação da deficiência. Finalmente, os anexos são inseridos na parte final deste relatório.

1.2. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – PERFIL DA POPULAÇÃO

Em 2019, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 17,3 milhões de pessoas com dois anos ou mais de idade (8,4% dessa população) tinham alguma das deficiências investigadas, e cerca de 8,5 milhões (24,8%) de idosos estavam nessa condição. O percentual de homens foi de 6,9% (6,7 milhões) e de mulheres, 9,9% (10,5 milhões).

Na população do país com 2 anos ou mais de idade, 3,4% (ou 6,978 milhões) tinham deficiência visual; 1,1% (ou 2,3 milhões) tinham deficiência auditiva; 1,2% (ou 2,5 milhões) tinham deficiência mental. Cerca de 3,8% (7,8 milhões) das pessoas de 2 anos ou mais tinham deficiência física nos membros inferiores e 2,7% (5,5 milhões), nos membros superiores.

Apenas 28,3% das pessoas com deficiência em idade de trabalhar (14 anos ou mais de idade) estavam na força de trabalho, ante 66,3% daquelas sem deficiência. Cerca de 67,6% da população com deficiência não tinham instrução ou tinham o ensino fundamental incompleto, percentual que era de 30,9% para as pessoas sem nenhuma das deficiências investigadas.

Do total de pessoas com deficiência, 14,4 milhões encontravam-se em domicílios urbanos e 2,9 milhões em domicílios rurais, e o maior percentual de pessoas com deficiência era do Nordeste (9,9%), região onde todos os estados tiveram percentuais acima da média nacional. Os

Relatório Final do GTI - Deficiência (2523265) SEI 00135.213585/2020-52 / pg. 15 19348/2022-59

percentuais nas demais regiões foram: Sudeste (8,1%), Sul (8,0%), Norte (7,7%) e Centro-Oeste (7,1%).

A PNS estimou que 1,7% da população (3,5 milhões de pessoas) com 2 anos ou mais de idade utilizavam cadeira de rodas, bengala, muletas, andador ou alguma prótese/órtese, enquanto 0,5% da população (1,1 milhão de pessoas) utilizavam prótese/órtese para auxiliar no movimento dos membros superiores.

A partir dos dados da PNS de 2019, foi possível investigar como esses aparelhos de auxílio foram obtidos. Cerca de 5,7% (4,6 milhões de aparelhos) foram obtidos por meio do SUS, mas o percentual difere conforme o tipo de aparelho.

Os dados da PNS 2019 apontam que o grupo de pessoas com deficiência é uma população com baixa escolarização e pouca inserção no mercado de trabalho comparada à população sem deficiência; é predominantemente composta por mulheres, e está mais concentrada nos centros urbanos. Cerca de um quarto dessa população é de idosos. A região nordeste apresenta o maior número de pessoas com deficiência em relação às demais regiões. Há também dados que apontam a necessidade de tecnologia assistiva para um contingente substancial da população, e que o SUS exerce um papel importante na dispensação desses equipamentos.

1.3. AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas, foi ratificada pelo Brasil em 2008 e internalizada no ordenamento jurídico nacional com equivalência de emenda constitucional por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

O novo conceito de deficiência plasmado no normativo nacional a partir da introdução da Convenção fez emergir a necessidade de alteração das práticas avaliadoras e classificatórias da deficiência vigentes, que se utilizam de instrumentos de avaliação para definir quem tem ou não deficiência, e que, em grande medida, definem o acesso a um rol de políticas públicas direcionadas a esse público.

A Convenção define deficiência como "impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições"

A adoção de novas formas de avaliação da deficiência em consonância com princípios da Convenção é, portanto, um compromisso e um desafio assumido pelo estado brasileiro. Dessa forma, o conceito de deficiência a ser adotado pelas políticas públicas nacionais deve estar em consonância com esse novo paradigma. As práticas e ferramentas de avaliação foram historicamente construídas baseadas em doenças e alterações na estrutura corporal, refletindo o modelo puramente biomédico, hegemônico até algumas décadas atrás. Esses instrumentos biomédicos de avaliação, geralmente relacionados à codificação pela Classificação Internacional de Doenças - CID 10, não contemplam a funcionalidade da pessoa, as barreiras contextuais, e tampouco um sistema de valoração da gravidade dessas alterações funcionais.

Atualmente há avaliações da deficiência que são obrigatoriamente realizadas pelo Estado por força legal, enquanto outras são realizadas por serviços privados.Há ainda uma heterogeneidade de avaliações regulamentadas em normas, para fins diversos, o que torna ainda mais complexo o processo de reconhecimento da deficiência para o cidadão. Pessoas são avaliadas em equipamentos públicos e privados, de diferentes esferas e poderes, por profissionais de diferentes categorias e formações, sem que haja uma uniformidade dos parâmetros que definem quem é e quem não é pessoa com deficiência, ou o grau de gravidade dessa deficiência. Isso gera ônus à pessoa que busca o reconhecimento de sua condição, pois necessita se submeter a várias avaliações em diferentes locais. Igualmente gera ônus ao Estado, que utiliza equipes de profissionais distintas, em equipamentos públicos diversos, para realizar o processo de avaliação repetidas vezes.

Considerando a necessidade de regulamentar o art. 2º da LBI, e as propostas a serem formuladas pelo GTI, destaca-sea necessidade de implementação de dois processos distintos para efetivar a avaliação biopsicossocial da deficiência: o primeiro, que trata dacriação do instrumento de avaliação em si; e o segundo, que diz respeito aos aspectos administrativos e operacionais da implantação da nova avaliação, que envolve uma série de definições tais como: atribuições dos órgãos envolvidos no processo, recursos orçamentários e financeiros necessários para realizar o projeto, estabelecimento de procedimentos e rotinas, realização de capacitação de profissionais que realizarão as avaliações, e determinação dos locais onde as pessoas que buscam a avaliação serão atendidas, além de medidas de relacionadas à comunicação à população sobre as modificações que ocorrerão.

1.4. POLÍTICAS PÚBLICAS FEDERAIS VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA

A tabela a seguir apresenta levantamento realizado pelo GTI acerca das avaliações de deficiência realizadas por tipo de serviço e benefício, órgão responsável pelo serviço ou benefício e órgão ou serviço responsável pela avaliação da deficiência.

Tabela 1 – Tipos de Serviços ou Benefícios que podem requerer a caracterização da deficiência para acesso e fruição

Tipo de Serviço ou Benefício	Órgão responsável pelo serviço ou benefício	Órgão responsável pela Avaliação da Deficiência
1. Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/ME

2. Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção	Ministério da Economia	SIASS/ME
3. Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental	Ministério da Economia	SIASS/ME
4. Horário especial para servidor com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/ME
5. Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/ME
6. Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/ME
7. Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar	Ministério da Economia	SIASS/ME
8. Meia-Entrada	Ministério da Cidadania	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS (BPC e LC 142)
9. Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel	Ministério Economia	Detran ou serviço privado credenciado pelo Detran ou serviço público de saúde ou serviço privado que integre o SUS ou serviço social autônomo
10. Prioridade na devolução do Imposto de Renda	Ministério da Economia	Auto declaratório
11. Isenção de IOF	Ministério da Economia	Detran ou serviço privado credenciado pelo Detran
12. Isenção de IRPF	Ministério da Economia	Serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios
13. Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência	Ministério da Infraestrutura	SUS ou serviço de saúde privado
14. Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos	Ministério da Infraestrutura (Denatran)	Departamento de trânsito municipal
15. Benefício de Prestação Continuada	Ministério da Cidadania	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS
16. Residências Inclusivas	Ministério da Cidadania	Encaminhamento via rede
17. Centros-Dia de Referência	Ministério da Cidadania	Encaminhamento via rede
18. Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita.	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pela gestão dos serviços e Ministério da Saúde responsável pela formulação macro da política	Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Serviços de Reabilitação em modalidade única (SUS municipal ou estadual)

19. Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pela gestão dos serviços e Ministério da Saúde responsável pela indução e apoio técnico e financeiro da política.	CAPS (SUS municipal ou estadual)
20. Reserva de cargos em empresas para pessoas com deficiência	Ministério do Trabalho e Previdência	SUS municipal ou serviço de saúde privado
21. Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)	Ministério do Trabalho e Previdência	Médico devidamente identificado por seu registro profissional
22. Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais	Ministério da Educação	Banca de avaliação local
23. Reserva de cargos em concursos públicos	Ministério da Economia (apenas regulamenta)	SUS ou serviço de saúde privado
24. Passe Livre Interestadual	Ministério da Infraestrutura	SUS
25. Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência	Anac	Serviço público ou privado
26. Pensionista com Deficiência	Ministério do Trabalho e Previdência	INSS
27. Aposentadoria de trabalhador com deficiência (LC 142)	Ministério do Trabalho e Previdência	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS
28. Reabilitação Profissional	Ministério do Trabalho e Previdência	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS
29. Auxílio-Inclusão	Ministério da Cidadania	INSS
30. Pensão por talidomida	Ministério do Trabalho e Previdência	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS
31. Tratado de Marraqueche	Ministério da Cultura	Em regulamentação
32. Moradia para a vida independente	A regulamentar	A regulamentar
33. Profissional de apoio escolar	A regulamentar	A regulamentar
34. Trabalho com apoio	A regulamentar	A regulamentar

Algumas das políticas listadas são universais, como o acesso a determinados serviços de saúde, assistência social e também educação inclusiva. Outras exigem o cumprimento de critérios específicos, como limite de renda per capita do grupo familiar, comprovação da necessidade de órtese ou prótese, tempo de contribuição em regimes de previdência, gravidade da deficiência, entre outros.

Destaca-se que, dado o número de políticas voltadas ao público com deficiência no âmbito federal, a implantação da avaliação da deficiência nos moldes da Convenção poderá ser mais eficiente com a criação de um sistema unificado de avaliação, que permita a padronização dos parâmetros da avaliação, e ao mesmo tempo considere as especificidades e objetivos de cada uma dessas políticas.

1.5. **CONTEXTO LEGAL**

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em seu preâmbulo, dispõe:

Reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas,

Ainda conforme a Convenção:

> Artigo 1
>
> Propósito
>
> O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.
>
> Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, define, em seu artigo 2º:

> Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.
>
> § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência)
>
> I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
>
> II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
>
> III - a limitação no desempenho de atividades; e
>
> IV - a restrição de participação.
>
> § 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.(Vide Lei nº 13.846, de 2019) (Vide Lei nº 14.126, de 2021)

Conforme o art. 10 da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, cabe ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) a coordenação superior dos assuntos, ações governamentais e medidas referentes a pessoas com deficiência. Conforme o art. 12 dessa Lei:

> Art. 12. Compete à Corde:
>
> I - coordenar as ações governamentais e medidas que se refiram às pessoas portadoras de deficiência;
>
> II - elaborar os planos, programas e projetos subsumidos na Política Nacional para a Integração de Pessoa Portadora de Deficiência, bem como propor as providências necessárias a sua completa implantação e seu adequado desenvolvimento, inclusive as pertinentes a recursos e as de caráter legislativo;
>
> III - acompanhar e orientar a execução, pela Administração Pública Federal, dos planos, programas e projetos mencionados no inciso anterior;
>
> IV - manifestar-se sobre a adequação à Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência dos projetos federais a ela conexos, antes da liberação dos recursos respectivos;
>
> (...)
>
> Parágrafo único. Na elaboração dos planos, programas e projetos a seu cargo, deverá a Corde recolher, sempre que possível, a opinião das pessoas e entidades interessadas, bem como considerar a necessidade de efetivo apoio aos entes particulares voltados para a integração social das pessoas portadoras de deficiência.

O art. 14 do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências:

> Art. 14. Incumbe ao Ministério dos Direitos Humanos, a coordenação superior, na Administração Pública Federal, dos assuntos, das atividades e das medidas que se refiram às pessoas portadoras de deficiência. (Redação dada pelo Decreto nº 9.494, de 2018).

A Corde, referida na lei, hoje é denominada Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD), órgão específico singular do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), o qual fora criado pela Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019. A referida norma dispõe que constituem áreas de competência do MMFDH as políticas e diretrizes destinadas à promoção dos direitos humanos, incluídos os direitos da pessoa com deficiência (art. 43, I, f) e que integram sua estrutura básica a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; (art. 44, VII e XIII).

Em conformidade com o art. 33 do Decreto nº 10.174, de 13 de dezembro de 2019, compete à SNDPD:

> I - assistir o Ministro de Estado nas questões relativas a pessoas com deficiência;
>
> II - coordenar os assuntos, as ações governamentais e as medidas referentesàpessoa com deficiência;
>
> III - coordenar ações de prevenção e eliminação de todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência e propiciar sua plena inclusão na sociedade;
>
> **IV - coordenar, orientar e acompanhar as medidas de promoção, garantia e defesa dos ditames da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada peloDecreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, mediante o desenvolvimento de políticas públicas de inclusão da pessoa com deficiência;**
>
> **V - estimular a inclusão da proteção e defesa dos direitos da pessoa com deficiência nas políticas públicas e nos programas governamentais;**
>
> VI - coordenar e supervisionar ações relativasàacessibilidade eàpromoção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência;
>
> VII - articular-se comórgãos e entidades governamentais, com instituições não governamentais e com associações representativas de pessoas com deficiência, para a implementação de ações de promoção e defesa dos direitos da pessoa com deficiência;
>
> VIII - estimular e promover a realização de audiências e consultas públicas que envolvam as pessoas com deficiência para a participação na elaboração das ações e políticas que lhes dizem respeito;

IX - fomentar a adoção de medidas para a proteção da integridade física e mental da pessoa com deficiência;

X - coordenar as ações de prevenção e de enfrentamento de todas as formas de exploração, violência e abuso de pessoas com deficiência;

XI - coordenar, acompanhar e orientar a execução dos planos, programas e projetos relativos à inclusão da pessoa com deficiência;

XII - articular, negociar e propor acordos com instituições governamentais, não governamentais e com as associações representativas de pessoas com deficiência nacionais e internacionais;

XIII - assessorar o Ministro de Estado na articulação com o Ministério Público, osórgãos dos Poderes Judiciário, Legislativo e Executivo federal, os demais entes federativos e as organizações da sociedade civil nas ações de combateàdiscriminação da pessoa com deficiência;

XIV - fomentar a implementação do desenho universal no desenvolvimento de produtos, serviços, equipamentos e instalações;

XV - fomentar o desenvolvimento e a produção de tecnologias assistivas;

XVI - apoiar e promover estudos e pesquisas sobre temas relativosà pessoa com deficiência, para a formulação e a implementação de políticas;

XVII - apoiar e estimular a formação, a atuação e a articulação da rede de Conselhos de Direitos das Pessoas com Deficiência;

XVIII - propor e incentivar a realização de campanhas de conscientização pública que objetivem o respeito pela autonomia, a equiparação de oportunidades e a inclusão social da pessoa com deficiência;

XIX - colaborar com as iniciativas de projetos e de acordos de cooperação com organismos internacionais na área da deficiência;

XX - propor a adequação e o aperfeiçoamento da legislação relativa aos temas de sua competência; e

XXI - formular, apoiar, articular e avaliar políticas públicas para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência com base na perspectiva da família, no fortalecimento de vínculos familiares e na solidariedade intergeracional, visando à sua plena integração na sociedade. (grifo nosso)

Sobre as competências da SNDPD, especificamente para propor o instrumento do Modelo único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, ainda podemos citar:

PARECER n. 00629/2019/GAB/CONJUR-MDH/CGU/AGU (NUP: 00135.215298/2019-43) - A Secretaria Nacional dos direitos da Pessoa com Deficiência solicitou posicionamento jurídico quanto ao **respaldo legal referente a competência de outros órgãos em criar o instrumento de avaliação biopsicossocial**, "*em especial considerando-se as competências deste Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos em relação à coordenação superior dos assuntos, ações governamentais e medidas referentes a pessoas com deficiência*".

No referido parecer, a Consultoria Jurídica salientou que se encontra na esfera de competências do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos o estabelecimento das políticas e das diretrizes destinadas à promoção dos direitos humanos, incluídos os direitos da pessoa com deficiência, nos termos do art. 43, inciso I, alínea "f", da Lei nº 13.844, de 2019. E que compete à Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em especial, "coordenar os assuntos, as ações governamentais e as medidas referentes à pessoa com deficiência e, ainda, coordenar, orientar e acompanhar as medidas de promoção, garantia e defesa dos ditames da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto n º 6.949, de 25 de agosto de 2009, mediante o desenvolvimento de políticas públicas de inclusão da pessoa com deficiência; (art. 30, incisos II e IV do Decreto nº 9.673, de 2019)".

Em seu parecer, a CONJUR menciona o **Decreto nº 8.954, de 2017, a fim de, dentre outras atribuições, criar os instrumentos definidos pela LBI**; e aponta composição heterogênea do Comitê, embora a competência de coordenação das atividades fosse da então Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Justiça e Cidadania, que o coordenará.

Ainda, a CONJUR salienta que, "apesar de o colegiado instituído pelo Decreto nº 8.954, de 2017, ter sido extinto em 28 de junho do corrente ano, em razão do disposto no art. 2º do Decreto nº 9.759, de 2019, a competência estabelecida na Lei nº 13.844, de 2019, atrai a essa pasta a referida matéria". Tanto o é que, no âmbito federal, "foi instituído o Grupo de Trabalho LBI, com a finalidade de elaborar propostas de regulamentação da Lei n° 13.146, no âmbito do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, por meio da Portaria MMFDH nº 15, de 30 de janeiro de 2019 (Diário Oficial da União, Seção 2, p. 142)".

Por fim, ainda que a política e a definição do instrumento afetem outras pastas e sejam de interesse dos outros órgãos envolvidos, e embora possam estabelecer instrumentos específicos às suas próprias políticas, "devem submeter sugestões e necessidades ao órgão competente, no caso, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, coordenador da política na esfera federal".

Acórdão nº 2140/2017-TCU-Plenário -O Tribunal de Contas da União, no Acórdão nº 2140/2017, fez uma série de recomendações à Casa Civil e à Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência "*com o objetivo de avaliar a governança da política pública para pessoas com deficiência, tendo em vista os problemas relacionados aos aspectos da institucionalização, accountability, coordenação e coerência, capacidade operacional e recursos e monitoramento e avaliação do Plano Viver sem Limite (Plano nacional relacionado à política para pessoas com deficiência)*."

Entre elas, destaca-se "9.1. recomendar à Casa Civil e ao Ministério dos Direitos Humanos que realizem estudos com vistas à implementação de uma política permanente de proteção dos direitos dos deficientes, com ações perenes, bem planejadas e executadas, internalizadas pelos órgãos federais competentes, pelos demais entes da federação e pela sociedade."

Acórdão nº 2580/2019-TCU-Plenário -Em 2019 o TCU emitiu novo Acórdão determinando que as medidas de implementação das recomendações condidas no Acórdão nº 2140/2017-TCU fossem apresentadas na forma de um plano de ação.

Em resposta, a SNDPD elaborou em abril/2020 um Plano de Ação, estruturado em três eixos, de forma a atender adequadamente às recomendações dos Acórdãos. O primeiro eixo é a **Realização de estudos para fundamentar as políticas públicas;** o segundo eixo, **Aperfeiçoamento da comunicação com entes federados, entidades representativas de pessoas com deficiência e o Conade;** o terceiro eixo é o **Mecanismo de Monitoramento e Avaliação das políticas públicas.**

Importa destacar que, dentre as ações elencadas no Plano de Ação, têm-se como prioritárias a implantação da **Avaliação Biopsicossocial da Deficiência** e do **Cadastro-Inclusão.** Ambas as ações derivam da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência e são medidas estruturantes para toda a política da pessoa com deficiência.

Acórdão nº 1435/2020-TCU-Plenário -A Auditoria teve por objeto de análise a concessão do

Benefício de Prestação Continuada, "*especialmente no que concerne à verificação da adequação da inscrição de seus beneficiários no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, ao levantamento dos principais fatores que explicam sua judicialização, e à avaliação da sustentabilidade atuarial desse benefício*".

Em relação à implantação da avaliação biopsicossocial, há que se observar a seguinte determinação: "9.1. determinar ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, com fulcro no art. 43, inciso I da Lei 8.443/1992, combinado com o art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, implante os instrumentos para avaliação de deficiência determinados no art. 2º, § 2º, da Lei 13.146/2015, possíveis de serem usados em outras políticas para pessoas com deficiência, conforme disposição do art. 16, § 8º, do Decreto 6.214/2007, levando em consideração os dois modelos já desenvolvidos (IFBr-M e Probad) e as melhorias no processo propostas no presente trabalho".

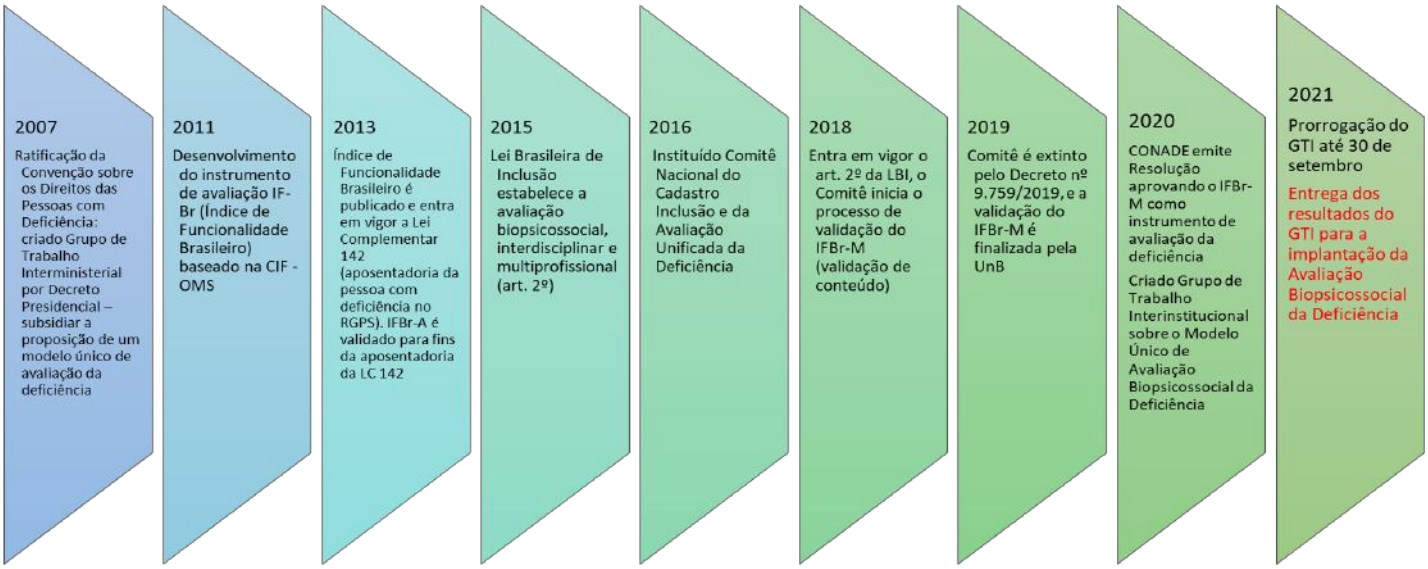
Portanto, é competência da SNDPD a coordenação superior de políticas públicas de âmbito federal voltadas às pessoas com deficiência para a garantia de seus direitos e sua plena inclusão social, em articulação com os órgãos setoriais responsáveis pelas ações finalísticas, incluindo-se as questões referentes à Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

1.6. HISTÓRICO DA INTRODUÇÃO DA AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA NAS POLÍTICAS FEDERAIS

A proposição da mudança de instrumentos de avaliação da deficiência para atender à mudança conceitual definida pela internalização da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência iniciou-se em 2007, a partir da criação de um Grupo de Trabalho Interministerial por Decreto Presidencial, de 26 de setembro de 2007[2] . O objetivo desse GTI era de avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizado no Brasil e definir a elaboração e adoção de um modelo único para todo o País.

Após o encerramento dos trabalhos desse GTI, foi iniciado o desenvolvimento de um instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência. A figura 1 apresenta a linha do tempo com os principais marcos do processo de discussão da implantação da avaliação biopsicossocial da deficiência no âmbito federal:

Figura 1 – Linha do Tempo: Avaliação Biopsicossocial da Deficiência



Descrição: elemento gráfico composto por 9 losangos coloridos em sequência, com os marcos temporais de 2007 a 2021 em cada um dos losangos. As atividades realizadas em relação à avaliação biopsicossocial da deficiência estão em forma de texto dentro dos losangos, de acordo com a data relacionada.

Com base no trabalho desenvolvido pelo GTI, a então Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, contratou o Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS), em parceria com o Núcleo Interdisciplinar de Acessibilidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NIA/UFRJ), para desenvolver estudos a fim de propor um instrumento de avaliação da deficiência.

Inicialmente foram realizadas, pelo IETS, análises de indicadores socioeconômicos e contato direto com grupos de pessoas com deficiência por meio de métodos de pesquisa qualitativa para se efetivar a criação de uma ferramenta para aferição de deficiência, a ser utilizada em políticas públicas federais. A proposta de avaliação e classificação da deficiência desenvolvida pelo IETS foi testada, mas não chegou a ser validada à época. Essa proposta, denominada Índice de Funcionalidade Brasileiro, tem sido a base para o desenvolvimento de um projeto unificado de avaliação da deficiência para as políticas públicas da esfera federal.

Em paralelo, o governo federal institui um instrumento de avaliação da deficiência baseado na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência no Benefício de Prestação Continuada à Pessoa com Deficiência (BPC), previsto no art. 203, inciso V, da Constituição e regulamentado pelo art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social. Trata-se de uma avaliação biopsicossocial, baseada na CIF, realizada por equipe

multiprofissional e interdisciplinar, que é aplicada desde 2009, ou seja, antes mesmo da promulgação da LBI. O instrumento encontra-se atualmente em sua terceira versão, fruto do processo de evolução contínua. O instrumento da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015, já foi aplicado por volta de 1,5 milhão de vezes, ou seja, trata-se de um instrumento maduro.

Em 9 de maio de 2013, foi publicada a Lei Complementar nº 142 (LC 142/2013), que regulamentou o § 1º do art. 201 da Constituição Federal no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS, já contendo em seu texto critérios de concessão que só poderiam ser aferidos pela CIF. Foi estabelecido, então, o prazo de seis meses para sua entrada em vigor, em decorrência da necessidade de elaboração de atos infralegais e de homologação do instrumento a ser aplicado pela perícia própria do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, para concessão do benefício. Para regulamentar a matéria, foram constituídos dois Grupos de Trabalho: o primeiro com a finalidade de homologar o instrumento a ser aplicado pela perícia do INSS, bem como estabelecer as definições necessárias à sua aplicação, tais como a definição das réguas que separariam as categorias (ausência de deficiência ou graus leve, moderado e grave de deficiência); e o segundo, para discutir e elaborar a minuta de decreto para regulamentar a concessão de aposentadoria ao segurado com deficiência. À época, o Ministério da Previdência Social e o Centro de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico da Universidade de Brasília firmaram um Termo de Cooperação para realizar a validação do instrumento de avaliação para fins da LC 142/2013.

A SNDPD/MDH disponibilizou ao então MPS os estudos que já haviam sido desenvolvidos pelo IETS acerca da avaliação e classificação da deficiência. Então, partindo do IF-Br, a equipe da UnB levou a cabo a tarefa de validar o instrumento para concessão de aposentadoria para trabalhadores com deficiência em três etapas: (i) validação de conteúdo por especialistas; (ii) validação de face por aplicadores e público-alvo, e (iii) validação de acurácia, dando origem ao IFBr-A (“A” de Adaptado).

É importante ressaltar que o IFBr-A foi validado para um recorte bem específico da população com deficiência: trabalhadores que buscavam a aposentadoria. Ou seja, boa parte do amplo espectro da população com deficiência não estava contemplado no perfil alvo da validação.

Partindo dos estudos anteriores realizado pelo IETS e pela UnB, o governo federal instituiu, por meio do Decreto nº 8.954/2017, um comitê multissetorial denominado Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência, a fim de, dentre outras atribuições, criar os instrumentos definidos pela LBI.

O Comitê era composto pela então Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Justiça e Cidadania, pelos Ministério da Fazenda, dos Transportes, Portos e Aviação Civil, da Educação, da Cultura, do Trabalho, do Desenvolvimento Social e Agrário, da Saúde, do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, das Cidades, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade).

A coordenação do comitê coube à então Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Justiça e Cidadania, e reuniu representantes dos órgãos responsáveis por 31 políticas, ações e serviços voltados à população com deficiência.

O Comitê teve competências relacionadas à criação do Cadastro-Inclusão, que também foi estabelecido pela LBI, e à avaliação da deficiência. No que tange à avaliação da deficiência, competia ao Comitê: criar os instrumentos de avaliação da deficiência, adotar medidas para subsidiar a validação técnico-científica dos instrumentos de avaliação biopsicossocial da deficiência e articular a implantação da avaliação biopsicossocial da deficiência no âmbito da administração pública federal; promover a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade na avaliação biopsicossocial da deficiência; articular a implantação da avaliação biopsicossocial da deficiência no âmbito da administração pública federal; coordenar e monitorar a implementação dos instrumentos de avaliação biopsicossocial da deficiência em cada órgão e entidade da administração pública federal competente, consideradas as especificidades das avaliações setorialmente realizadas; disseminar informações sobre a implantação da avaliação biopsicossocial da deficiência e promover a participação das pessoas com deficiência.

O Decreto nº 8.954/2017 definiu o Índice de Funcionalidade Brasileiro, desenvolvido pelo IETS, como base para o instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência. A partir de então, a Secretaria Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério dos Direitos Humanos, por meio de um Projeto de Cooperação Internacional desenvolvido em parceria com a Organização dos Estados Iberoamericanos, contratou a UnB para realizar a validação técnico-científica do instrumento de avaliação e classificação da deficiência para políticas públicas federais, a fim de apoiar as atividades do Comitê.

Em 2019, o Comitê é extinto pelo Decreto nº 9.759/2019 sem ter seus trabalhos concluídos, e a validação do IFBr-M é finalizada pela UnB. Inicia-se, então, o processo de discussão sobre a adequabilidade e viabilidade de se implantar na administração pública federal o instrumento de avaliação da deficiência de acordo com os parâmetros definidos pela pesquisa de validação. Dadas as dúvidas surgidas por órgãos setoriais sobre a capacidade do instrumento validado abarcar as especificidades das mais de 30 políticas voltadas ao público com deficiência, decidiu-se pela instituição de novo colegiado, o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação da Deficiência, grupo este que, por meio do presente relatório, apresenta os resultados das atividades realizadas durante seu funcionamento.

2. ATIVIDADES DO GTI

2.1. INTRODUÇÃO

As atividades desenvolvidas no âmbito do GTI foram pautadas na competência definida em decreto, de apresentar propostas sobre o ato normativo para regulamentar o art. 2º da Lei nº 13.146/2015. A regulamentação do referido artigo requer a definição de instrumentos de avaliação da deficiência. O Decreto que instituiu o GTI também elenca como competências do Grupo a formulação de propostas sobre o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência, e de propostas sobre a criação e a alteração de atos normativos necessários à implementação unificada da avaliação

biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.

As tabelas a seguir apresentam as reuniões realizadas no âmbito do GTI, bem com as datas em que ocorreram, conforme o grupo.

Tabela 1 – Reuniões realizadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação da Deficiência

GTI Ordinária/Extraordinária	Data de Realização
1ª Reunião de Instituição do GTI	10/08/2020
1ª Reunião Extraordinária	13/08/2020
2ª Reunião Ordinária	28/10/2020
2ª Reunião Extraordinária	13/11/2020
3ª Reunião Ordinária	17/12/2020
4ª Reunião Ordinária	18/01/2021
5ª Reunião Ordinária	08/04/2021
6ª Reunião Ordinária	19/05/2021
7ª Reunião Ordinária	25/08/2021
8ª Reunião Ordinária	31/08/2021

Tabela 2 – Reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial

GTE Instrumento	Data de Realização
1ª Reunião	03/09/2020
2ª Reunião	10/09/2020
3ª Reunião	14/09/2020
4ª Reunião	17/09/2020
5ª Reunião	25/09/2020
6ª Reunião	01/10/2020
7ª Reunião	08/10/2020
8ª Reunião	16/10/2020
9ª Reunião	20/04/2021

Tabela 3 – Reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário Financeiro do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial

GTE Orçamento	Data de Realização
1ª Reunião	04/09/2020
2ª Reunião	09/09/2020
3ª Reunião	16/09/2020
4ª Reunião	23/09/2020
5ª Reunião	30/09/2020
6ª Reunião	07/10/2020
7ª Reunião	14/10/2020

Tabela 4 – Reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre Normativos do Modelo Único de Avaliação da Deficiência.

GTE Normas	Data de Realização
1ª Reunião	15/10/2020
2ª Reunião	22/10/2020
3ª Reunião	26/11/2020
4ª Reunião	03/12/2020
5ª Reunião	10/12/2020
6ª Reunião	28/04/2021
7ª Reunião	04/05/2021
8ª Reunião	18/05/2021
9ª Reunião	25/05/2021
10ª Reunião	01/06/2021
11ª Reunião	08/06/2021
12ª Reunião	16/06/2021
13ª Reunião	22/06/2021

Os Relatórios de cada um dos Grupos Técnicos Especializados, bem como as atas das reuniões compõem os anexos ao final deste relatório

2.2. PRINCIPAIS PONTOS DISCUTIDOS

2.2.1. GTE sobre o Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial

As discussões do GTE sobre o Instrumento apontaram para a necessidade de

implantação de um modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência no país. Esse modelo beneficiará tanto as pessoas com deficiência quanto o estado, em razão da redução do número de vezes que a pessoa com deficiência é avaliada; da diminuição do retrabalho das equipes de avaliação; da integração dos dados dos avaliados em uma base única; e da utilização dos mesmos critérios para avaliar todos aqueles que buscam o reconhecimento da condição de deficiência, além de reduzir os riscos jurídicos de divergência de avaliações e judicialização da política. Além disso, outro ponto de concordância é a realização da avaliação por equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando a atender à lei.

Entretanto, duas linhas de entendimento em relação à atuação da equipe interdisciplinar e multiprofissional foram defendidas pelos participantes. Uma delas entende que a avaliação deve ser feita de forma conjunta pelos profissionais da equipe, ou seja, os dois ou mais profissionais participam simultaneamente na aplicação do instrumento de avaliação. A outra considera não haver necessidade de avaliação conjunta (concomitante), e cada profissional pode realizar a aplicação do instrumento de avaliação separadamente, como é feito hoje para o acesso ao BPC e para acesso à aposentadoria da Lei Complementar nº 142.

Em relação à avaliação biopsicossocial da deficiência, houve a proposição de dois modelos de instrumento de avaliação. De forma resumida, seguem os principais pontos abordados:

Modelo 1: considera que todos os aspectos constantes nos incisos do § 1º do art. 2º da LBI são mensurados pela matriz de atividades e participação, mesmo que não sejam individualmente pontuados, quais sejam: (a) os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; (b) os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; (c) a limitação no desempenho de atividades; e (d) a restrição de participação. Logo, não é necessário valorar cada um dos incisos separadamente, tendo em vista que os componentes descritos nos incisos se expressam na pontuação da matriz a partir do desempenho do avaliado nas atividades avaliadas. É na interação entre as barreiras e o impedimento que se pode identificar a deficiência, tendo a funcionalidade como a sua representação. O nível de independência para realizar as atividades, portanto, reflete tanto a gravidade dos impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; como o impacto dos fatores socioambientais, psicológicos e pessoais e a limitação no desempenho da atividade.

Modelo 2: considera que todos os elementos descritos nos incisos do § 1º do art. 2º da LBI devem ser pontuados ou mensurados separadamente, quais sejam, (a) os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; (b) os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; (c) a limitação no desempenho de atividades; e (d) a restrição de participação. O resultado da deficiência e o seu grau é gerado pela combinação do IFBr-M (atividades e participação) com formulários específicos para as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais por intermédio de uma tabela conclusiva. Desta forma, assegura-se que todos os elementos do conceito de deficiência da Convenção da ONU sejam captados adequadamente.

2.2.2. **GTE sobre o Impacto Orçamentário Financeiro do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial**

O GTE desenvolveu estimativas do número atual de avaliações no âmbito de cada política, bem como projeções que consideram a implantação do modelo único. Estima-se um total de 1,4 milhão de avaliações por ano ao custo de R$ 140,6 milhões para um conjunto de 18 políticas (não há dados para 6 políticas e outras 7 não demandam avaliações da condição de PcD). As projeções de gasto com as avaliações situam-se dentro de uma margem ampla, que varia de R$ 84,4 milhões a R$ 462,7 milhões, pois considera-se cenários diferentes para o salário dos profissionais e a frequência de reavaliações. As hipóteses adotadas com relação à frequência de reavaliações, bem como a possível dispensa de avaliações no caso de idosos, afetam bastante os resultados.

Embora o custo com a aplicação das avaliações seja pequeno quando comparado com os valores dos benefícios e serviços das políticas, não se deve desconsiderar que a mudança na forma de avaliação deve vir acompanhada de um planejamento do financiamento considerando a questão federativa. Atualmente, grande parte das avaliações é realizada pelo SUS e o custo dos profissionais é suportado pelos estados, DF e municípios, além do governo federal. Ademais, a parcela das avaliações que é realizada na rede privada pode também ser canalizada para o sistema público.

É inviável analisar como o público de cada política individualmente poderia ser modificado a partir da alteração na avaliação da PcD. A análise da relevância das políticas do ponto de vista orçamentário indica que o BPC da PcD é a mais importante nessa ótica: a maior parte das 31 políticas analisadas apresenta despesa com benefícios ou serviços próxima de zero, enquanto o BPC é a maior política de assistência social do País: o volume destinado apenas à PcD é maior do que todo o gasto com o Programa Bolsa Família. Portanto, o grupo concluiu ser essencial analisar o impacto da introdução do instrumento único na política do BPC por meio de estudos específicos.

2.2.3. **GTE sobre Normativos do Modelo Único de Avaliação da Deficiência**

Tendo em vista os objetivos estritos do trabalho fixado pelo art. 2º do Decreto nº 10.415/2020, o GTE deliberou por pautar seu trabalho exclusivamente na verificação da necessidade de alterações normativas que interferissem especificamente na avaliação da deficiência, sem entrar no mérito, portanto, dos requisitos de acesso a cada política pública, os quais devem ser fixados pelo Congresso Nacional e pelas esferas competentes do Poder Executivo.

Também deliberou-se que, para uma maior efetividade dos trabalhos, bem como para que se mostrasse possível sua conclusão no prazo determinado pelo Decreto nº 10.415/2020, a melhor estratégia de atuação seria a de intervenção mínima no arcabouço normativo existente, inclusive face a existência de normas que necessitarão de alteração pelo Congresso Nacional, em processo legislativo mais complexo; dessa forma, caso a norma de instituição da política pública não tratasse do método de avaliação da deficiência, ou mesmo se o método já fosse compatível com as diretrizes trazidas pelo art. 2º da Lei nº 13.146/2015, optou-se por não se recomendar a alteração na respectiva norma, entendendo-se que a regulamentação a ser estabelecida pelo Decreto do Senhor Presidente da República será suficiente para vincular a atuação da Administração Pública Federal.

De outro lado, no caso de norma que previsse avaliação da deficiência em desacordo com o modelo estabelecido pelo art. 2º da Lei nº 13.146/2015, o GTE optou por recomendar sua

revisão. Outrossim, entendeu-se mais adequado que, quando necessária a alteração normativa, deverá haver referência ao art. 2º, §§1º e 2º da Lei nº 13.146/2015, e não exatamente à nova regulamentação a ser editada. Explica-se: tendo em vista que a regulamentação a ser editada forçosamente deverá ser compatível com o disposto na Lei nº 13.146/2015 (os Decretos, nos termos do art. 84, IV, da Constituição Federal, são expedidos para fiel execução da lei), bem como que tal regulamentação vincula toda a Administração Pública, a remissão à lei atende perfeitamente à função de compatibilizar a avaliação feita no âmbito de cada política pública ao novo modelo a ser instituído. A remissão à lei (e não à regulamentação) tem uma vantagem adicional, qual seja, caso seja alterada a regulamentação (mediante, por exemplo, uma atualização dos métodos de avaliação ou de seus instrumentos), não haverá nova necessidade de alteração de todos os normativos que fazem menção à avaliação da deficiência; haverá um ganho de eficiência e de segurança jurídica.

Da mesma forma, o grupo discutiu e aprovou uma proposta preliminar de ato normativo instituindo o modelo de avaliação e o instrumento (evidentemente a ser complementado pelos documentos técnicos a serem produzidos pelo GTI). Também nessa proposta as mesmas diretrizes acima, de não intervenção no mérito das políticas públicas, foram observadas, de forma que a regulamentação deverá interferir unicamente na avaliação da deficiência, e não nos requisitos de cada política pública, o que, repita-se, é de competência do Congresso Nacional e de outras esferas do Poder Executivo.

A tabela com a avaliação acerca da necessidade de alteração ou não de normas das diversas políticas públicas, com as respectivas justificativas e observações adicionais, conforme o caso, foram elaboradas pelo GTE e seguem no anexo 7.1 deste Relatório do GTI, bem como documento contendo sugestão de conteúdo mínimo de Decreto a ser editado instituindo o novo modelo de avaliação e o instrumento (e que deverá receber as necessárias adaptações quando estiver concluído o modelo de avaliação e de instrumento) (Anexo 7.2). Também como anexo a este Relatório, segue documento com consolidação das normas com sugestão de alteração, com proposta de redação dos dispositivos – Anexo 7.1.

3. PROPOSTAS DE INTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

3.1. INTRODUÇÃO

O Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M), conforme o Decreto nº 10.415, de 2020, foi utilizado como instrumento-base para a elaboração das propostas de modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência. O GTI buscou analisar com profundidade esse instrumento e, a partir dele, avaliar a necessidade de ajustes para sua aplicação em larga escala nas políticas públicas.

Houve consenso por parte dos membros do GTI que o IFBr-M, da forma como apresentado após a validação realizada por meio de pesquisa levada a campo pela Universidade de Brasília, não se mostra adequado para ser utilizado como o instrumento de avaliação da deficiência para as 34 políticas relacionadas. Logo, esse instrumento validado foi o referencial adotado pelo GTI, porém entende-se que ele não deverá ser adotado pelo Governo Federal da forma como foi apresentado pela Universidade de Brasília.

A proposta aprovada pela maioria do GTI será apresentada na próxima seção, bem como as justificativas para cada uma das alterações realizadas no instrumento validado. Buscou-se preservar tanto quanto possível a concepção original do IFBr, que busca avaliar a deficiência a partir da funcionalidade, ou seja, do desempenho do avaliado na realização de atividades oriundas dos domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Na reta final dos trabalhos do GTI foram elaboradas duas propostas de instrumento ajustado, as quais são apresentadas a seguir.

3.2. MODELO ME e MC

A descrição completa da proposta, incluindo o detalhamento da motivação, dos formulários e da tabela conclusiva, bem como a avaliação do seu desempenho a partir de casos reais, extraídos de pesquisa realizada com uma amostra de requerentes do BPC, encontra-se no anexo 8 deste relatório.

3.2.1. Alterações no Instrumento IFBr-M

- **Diagnóstico**

A caracterização da deficiência, de acordo com o conceito estabelecido pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, pressupõe a existência de impedimentos de longo prazo. Diferentemente do modelo médico, a caracterização da deficiência na ótica biopsicossocial é determinada pela interação das alterações em funções e estruturas do corpo com as barreiras externas, na medida em que atuam conjuntamente de forma a obstruir a participação plena e efetiva do indivíduo na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

O comprometimento da funcionalidade, por si só, não significa que o indivíduo deve ser considerado uma pessoa com deficiência. Afinal, tal comprometimento pode ser o resultado de uma doença passível de controle e reabilitação em poucos meses, do envelhecimento, que não necessariamente acarreta alterações caracterizadoras de pessoa com deficiência, e de outros fatores que não guardam relação com impedimentos de longo prazo. Essas considerações são importantes porque ajudam a compreender por que o IFBr-M, instrumento-base do GTI, sem as adaptações propostas, apresenta um desempenho insatisfatório na diferenciação das pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como na classificação das pessoas com deficiência de acordo com o grau.

O desempenho do IFBr-M na avaliação da deficiência é prejudicado, especialmente, pelo fato de que o instrumento não avalia as alterações em funções e estruturas e nem tampouco as barreiras externas. Esse diagnóstico é robusto, no sentido de que é baseado em um conjunto amplo de evidências obtido de maneiras diferentes (desde constatações simples extraídas do relatório do estudo de validação, passando por análises de caráter exploratório e pelo resultado de uma pesquisa com amostra de requerentes de BPC), que não mudou muito de um mês para outro, mas foi se

tornando cada vez mais detalhado e sofisticado. Durante o funcionamento do GTI, essas evidências foram amplamente discutidas com gestores e especialistas em avaliação da deficiência e políticas públicas. Mais detalhes podem ser consultados nos documentos que acompanham este relatório, especialmente nos anexos 8.1 e 8.2 além do texto integral que motiva, descreve e avalia a proposta (Anexo 8).

Os elementos apresentados a seguir ajudam a compreender esse diagnóstico:

- os impedimentos de longo prazo e as barreiras externas são capazes de influenciar o seu resultado apenas indiretamente, mas somente na medida em que afetam o grau de independência no desempenho de um conjunto limitado de atividades, que pode ser muito pequeno para idades específicas;
- o conjunto de atividades discriminantes varia não apenas de acordo com a faixa etária, mas também segundo a idade específica, embora a mesma régua seja usada para todos os indivíduos da faixa com um dado tipo de impedimento (os pontos de corte para deficiência leve só variam de acordo com a faixa etária, ou seja, são os mesmos independentemente do tipo de impedimento);
- o instrumento presume a deficiência para algumas idades específicas, podendo ser de grau moderado mesmo na ausência de qualquer impedimento;
- o principal preditor do resultado da deficiência para crianças é a sua idade específica (por exemplo, se a criança da primeira faixa tem 2 ou 3 anos completos, se a criança da segunda faixa já completou 7 anos e, na terceira faixa, se a criança ou adolescente tem 11, 13 ou 17 anos), independentemente da existência de fatores relacionados ao conceito de deficiência, como os impedimentos, as barreiras e a própria funcionalidade;
- no caso dos adultos, basta que uma atividade seja realizada de forma “adaptada, de forma diferente do habitual ou mais lentamente” para que o indivíduo seja considerado uma pessoa com deficiência; e
- para aqueles com 60 anos ou mais de idade, a diferença é que um dos avaliadores deve considerar que o indivíduo realiza duas atividades de forma “adaptada, de forma diferente do habitual ou mais lentamente” ou então que uma atividade só seja realizada “com o auxílio de terceiros”.

A introdução do instrumento-base com os problemas descritos acima, além de outros discutidos nos anexos, significaria um grande prejuízo para as políticas públicas, pois indivíduos sem deficiência passariam a ter acesso a benefícios e serviços que não são destinadas a eles e, com o passar do tempo, o acesso das pessoas com deficiência seria comprometido. A efetivação dos direitos das pessoas com deficiência não é uma questão de decisão política apenas, pois está sujeita a restrições materiais, de modo que o instrumento de avaliação deve conferir a maior focalização possível no público-alvo.

Antes de prosseguir, deve ficar claro que, na visão do ME e MC, propostas que pretendam corrigir os problemas do IFBr-M apenas a partir da matriz de atividades, mas sem considerar o efeito direto dos impedimentos em funções e estruturas do corpo no resultado da avaliação, devem apresentar resultado insatisfatório, simplesmente porque não tratam adequadamente a fonte de seus principais problemas. Além dos impedimentos, o efeito direto das barreiras na determinação do grau da deficiência é igualmente relevante. Para avaliar a deficiência de forma integral, não basta analisar a funcionalidade, mas sim todos os seus componentes.

- **Objetivos das alterações**

Em relação ao instrumento IFBr-M, as propostas de ajustes apresentadas pelo ME e MC objetivam:

1. transformar o instrumento-base em uma ferramenta de avaliação da deficiência – e não apenas da funcionalidade, isto é, do grau de independência no desempenho de um rol de atividades – coerente com o conceito de deficiência preconizado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nos moldes estabelecidos pela LBI;
2. introduzir formulários para avaliar – e não apenas documentar, como no IFBr-M e demais instrumentos que pontuam exclusivamente o componente de atividades e participação – as alterações em funções e estruturas do corpo e as barreiras externas;
3. corrigir a baixíssima especificidade documentada no relatório do estudo de validação, não apenas nas situações extremas em que o IFBr-M presume a deficiência, mas para todas as idades e tipos de impedimento;
4. melhorar o desempenho do IFBr-M na diferenciação das pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como na classificação dos indivíduos de acordo com o grau da deficiência, elemento importante no reconhecimento do direito a alguns benefícios e serviços públicos; e
5. torná-lo compatível com o reconhecimento de direito a benefícios e serviços públicos, em que o profissional avaliador, seguindo rigorosamente o roteiro e os critérios de avaliação definidos no instrumento, reserva o acesso às políticas públicas exclusivamente às pessoas com deficiência.

- **Como foi construída a proposta de alterações**

A proposta de aprimoramentos foi elaborada a partir das seguintes atividades:

- análises do relatório do estudo de validação da UnB e debates no Grupo Técnico Especializado do Instrumento;
- análise da experiência internacional;
- estudo exploratório da base de dados das avaliações da deficiência do BPC, usadas para inferir o resultado do IFBr-M e mapear as necessidades de adequação (anexo 8.1)
- pesquisa de campo com uma amostra de requerentes de BPC que confirma os resultados do estudo exploratório e fornece casos reais, contendo a descrição da história clínica, os resultados do exame físico e anamnese, usados na calibração da tabela conclusiva que determina o resultado da deficiência (anexos 8.2 e 8)

- pesquisa de opinião com assistentes sociais do INSS e da perícia médica federal, com amplo conhecimento teórico e prático em avaliação da deficiência, que participaram da coleta de dados durante a pesquisa de campo, que envolveu a aplicação do IFBr-M e do instrumento do BPC;
- dezenas de reuniões de servidores do Ministério da Cidadania e da Secretaria de Previdência, incluindo especialistas da Subsecretaria da Perícia Médica Federal, para discutir casos reais de pessoas com deficiência e indivíduos sem deficiência a fim de promover as adaptações necessárias no IFBr-M; e
- exposição de versões preliminares para servidores da SNDPD, cujas críticas e sugestões foram fundamentais para que a versão final demonstrasse um desempenho satisfatório, conforme documento nos anexos.

3.2.2. **COMPONENTES DO INSTRUMENTO AJUSTADO**

O instrumento proposto é uma adaptação do IFBr-M que preserva o seu conteúdo principal (relação de atividades), mas acrescenta formulários bastante detalhados para os componentes da deficiência que não são avaliados na sua versão original: funções e estruturas do corpo e fatores ambientais. Além dos formulários, desenvolveu-se uma tabela conclusiva que, a partir dos qualificadores de seus três componentes (funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais), apresenta o resultado da avaliação.

Os formulários não são inseridos no instrumento apenas para fins de registro, ou somente para auxiliar os avaliadores na pontuação das atividades do IFBr-M, mas fazem toda a diferença no resultado da avaliação (principal diferença em relação à proposta da SNDPD/MMFDH, apresentada na próxima seção). Cumpre ressaltar que, nos diversos casos reportados no anexo 8, observa-se que a proposta torna o IFBr-M um instrumento adequado para identificar a presença e determinar o grau da deficiência.

O instrumento proposto é aderente ao conceito de deficiência preconizado pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Organização das Nações Unidas. Ademais, avalia todos os componentes que integram o modelo biopsicossocial, nos moldes estabelecidos pela LBI.

3.2.2.1. Formulário de Funções e Estruturas do Corpo

O formulário denominado “funções corporais acometidas”, que acompanha o IFBr-M na sua versão original, não foi objeto de validação e não apresenta nenhuma relevância prática para o resultado da avaliação. De fato, durante a coleta dos dados da pesquisa de validação da UnB, seu preenchimento foi opcional, tendo em vista que a avaliação médica seria dispensável para inferir o comprometimento da funcionalidade. No entanto, como demonstrado pelos estudos desenvolvidos durante o funcionamento do GTI, a avaliação médica das alterações em funções e estruturas do corpo é essencial para que o resultado da avaliação faça sentido no reconhecimento do direito às políticas públicas.

O novo formulário de funções e estruturas do corpo é aquele que integra o instrumento da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015, usado no reconhecimento de direito ao BPC. Há um formulário de “funções do corpo” para para indivíduos com 16 anos ou mais de idade (anexo I da referida Portaria Conjunta) e outro para crianças e adolescentes de até 16 anos (anexo II). Tais formulários avaliam em torno de 50 unidades de classificação, referentes a 14 domínios da CIF. O avaliador atribui, a cada unidade de classificação e domínio, um qualificador: 0 – nenhuma alteração, 1 – alteração leve, 2 – alteração moderada, 3 – alteração grave, e 4 – alteração completa. O qualificador de funções do corpo é dado pelo mais grave de todos os domínios avaliados.

Além disso, o formulário contém um quadro importante, que faz toda a diferença no resultado da avaliação, denominado “estruturas e prognóstico”. Nesse quadro, o profissional deve indicar se: a) existem alterações na estrutura do corpo que configuram maiores limitações e restrições ao avaliado do que as alterações observadas em funções do corpo; b) as alterações observadas em funções e/ou estruturas do corpo configuram prognóstico desfavorável; e c) se as alterações em funções e/ou estruturas do corpo serão resolvidas em menos de dois anos, ou seja, se o impedimento é de longo prazo.

Todas as três perguntas afetam o resultado da avaliação. Por um lado, a resposta afirmativa para qualquer uma das duas primeiras perguntas implica a elevação do qualificador final de “funções do corpo” em um nível: de nenhum para leve, de leve para moderado, de moderado para grave e de grave para completo, sendo que se já era completo, permanece igual. Por outro lado, se as alterações em funções em funções e/ou estruturas do corpo não configurarem impedimento de longo prazo, então o indivíduo não é considerado pessoa com deficiência, conforme prevê a legislação.

O formulário apresenta ainda campos específicos para a entrada de história clínica, de informações de exames e laudos apresentados e do exame físico, entre outros detalhes, que devem ser integralmente preservados.

3.2.2.2. Formulário de Fatores Ambientais

As barreiras externas são registradas na matriz do IFBr-M quando afetam o desempenho de alguma atividade específica, havendo cinco categorias distintas: produtos e tecnologia, ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem, apoio e relacionamentos, atitudes e serviços e, por fim, serviços, sistemas e políticas. Esses campos estão disponíveis no instrumento-base apenas para fins de registro, pois não apresentam influência no resultado.

Para compreender por que os fatores ambientais devem afetar diretamente o resultado da deficiência, é interessante apresentar um exemplo. Considere um indivíduo com impedimento físico-motor, mais especificamente, que apresenta paraplegia. A participação desse indivíduo na sociedade, que já é bastante dificultada pela alteração em funções e estruturas do corpo, pode ficar muito mais prejudicada se ele não dispuser de moradia adequada, se sua residência for situada em uma região muito acidentada, se sua família não possuir veículo próprio, se o transporte público que atende a região não for adaptado, entre outras situações. Essas dificuldades não estarão refletidas adequadamente na pontuação do IFBr-M porque o domínio mobilidade não possui nenhuma atividade discriminante para a faixa etária de 18 a 59 anos. O domínio cuidados pessoais, que também é muito

relevante para indivíduos com impedimento físico-motor, contém apenas uma atividade discriminante para essa faixa.

Esse exemplo demonstra, de forma clara e intuitiva, que é importante inserir um formulário específico para captar o efeito das barreiras externas no resultado final da deficiência. Em uma situação como a descrita no parágrafo anterior, a qualificação das barreiras deve ser capaz de aumentar o grau da deficiência do indivíduo, se já não for grave por outros motivos.

O formulário para fatores ambientais da proposta é aquele da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015, no qual são avaliados quase 30 itens de classificação indexados na CIF e distribuídos em cinco domínios. Há um formulário para indivíduos com 16 anos ou mais de idade (anexo I da referida Portaria Conjunta) e outro para crianças e jovens de até 16 anos (anexo II). Na prática, o profissional atribui um qualificador para cada item de classificação e o resultado geral do componente é dado pela média dos cinco domínios.

Além dos formulários contendo os itens de classificação de cada domínio, considera-se necessária a preservação do campo "história social", que antecede o formulário de fatores ambientais no roteiro de avaliação. Nesse campo é registrada uma síntese do estudo social, com informações relevantes sobre situações vivenciadas pelo indivíduo em seu cotidiano, úteis não apenas para fins de registro, mas também para avaliar em que medida o indivíduo tem sua participação na sociedade comprometida. Por isso, esse campo integra o instrumento de avaliação proposto.

3.3. MODELO MMFDH

3.3.1. ALTERAÇÕES NO INSTRUMENTO IFBR-M

- **Diagnóstico**

Para o cidadão ter acesso à maior parte das políticas públicas federais, a caracterização da deficiência é, por lei, binária, ou seja, é necessário apenas constatar se há ou não há deficiência. Assim, o acesso às políticas é autorizado para todos aqueles que são caracterizados como pessoas com deficiência, sem distinção em relação ao grau de gravidade da deficiência. Algumas exceções são o acesso à aposentadoria antecipada para pessoas com deficiência e o auxílio-inclusão, que tem acessos diferenciados conforme o grau de deficiência.

Esse modelo binário de política gera consequências que são deletérias às pessoas com deficiência que têm maior restrição de participação na sociedade, gerando iniquidades, porque aqueles que têm uma inclusão maior no meio social acabam acessando políticas públicas que deveriam ser prioritariamente direcionadas às pessoas com maior comprometimento. Como exemplo, pode-se citar a política de reserva de vagas em empresas. Como há uma competição entre pessoas com deficiência com diferentes graus de gravidade pelas mesmas vagas reservadas, aquelas que convivem com menos barreiras e que têm uma deficiência leve, acabam sendo favorecidas em relação às que enfrentam mais barreiras, pois estas últimas presumivelmente enfrentaram e enfrentam maiores dificuldades no acesso à saúde, à educação, à qualificação profissional, ficando assim em desvantagem em relação àquelas com uma deficiência mais leve.

Desse modo, observa-se que esse modelo gera má alocação de recursos públicos e sobrecarga no sistema de proteção social, pois o estado não seleciona adequadamente aqueles que necessitam de mais amparo estatal e, ainda mais preocupante, acaba favorecendo pessoas com deficiências mais leves, especialmente quando há competição por recursos.

Assim, o ideal é promover a alteração na legislação brasileira para adoção de um sistema unificado de avaliação da deficiência, não-binário, com graus diferentes de acesso às políticas, benefícios e serviços, de acordo com a restrição de participação e a necessidade de apoios – quanto maior a restrição de participação em razão da deficiência, maior deve ser o apoio do estado. Entretanto, enquanto essas alterações não ocorrem, é preciso que o instrumento de avaliação não seja um mecanismo que venha a catalisar a ampliação dessas iniquidades.

Outro ponto relevante é a coexistência de modelos distintos de caracterização da deficiência, com modelos de perfil mais restritivo e outros de perfil mais concessivo, o que dificulta a unificação em um modelo que seja focalizado e equilibrado. Isso gera um desafio adicional à criação de um instrumento e um sistema único de avaliação da deficiência, pois a tendência do estado é, ao unificar esses modelos, optar por desenhos mais restritivos para manter o equilíbrio fiscal.

Além disso, há vários órgãos responsáveis por políticas setoriais voltadas às pessoas com deficiência, o que traz complexidade à coordenação de esforços e de entendimentos sobre o conceito de deficiência e sobre a necessidade de implantação de um sistema unificado a partir do papel de coordenação superior da SNDPD/MMFDH.

Os ajustes apresentados a seguir visam a minimizar alguns desses problemas. O instrumento validado, enquanto ferramenta de acesso a políticas públicas, precisa estar inserido nessa realidade e dialogar com as características da situação atual da avaliação da deficiência, para que a transição de um modelo para outro não seja prejudicial àquelas pessoas que a legislação busca proteger.

- **Objetivos das alterações**

Em relação ao instrumento IFBr-M, as propostas de ajustes apresentadas pelo MMFDH (anexo 9) visam a(o):

1. adequação do instrumento validado à realidade da administração pública federal, considerando-se que as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência são variadas, com objetivos distintos, marcos temporais diferenciados e impactos diferentes da caracterização do grau da deficiência para acesso aos serviços, benefícios e direitos em relação aos beneficiários;
2. aperfeiçoamento de componentes da avaliação que examinam os fatores ambientais e as funções e estruturas do corpo, para melhor qualificar o contexto e os impedimentos;
3. melhoria da focalização do público que acessará as políticas, considerando o elenco variado de políticas que adotarão o novo instrumento e o impacto da nova caracterização da deficiência nos

públicos mais vulneráveis, por meio da inclusão de um componente de ponderação baseado na funcionalidade;
4. introdução de um componente de avaliação específico para o público que busca a caracterização da deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, considerando a legislação relacionada, em especial a comprovação de não possuir meios de prover à própria manutenção.

- **Como foi construída a proposta de alterações**

A proposta de aprimoramentos foi elaborada a partir das seguintes atividades:

- Consultas a estudos internacionais e recomendações de especialistas em deficiência de outros países;
- Reuniões com especialistas na área da deficiência e de instrumentos de avaliação;
- Análises e testes na base de dados da validação do IFBr-M;
- Análise de instrumentos de avaliação de outros países (em especial da França);
- Análise do instrumento de avaliação do BPC;
- Mapeamento das políticas impactadas e dos critérios específicos de acesso;
- Realização de oficina de trabalho com técnicos da SNDPD e especialistas.

3.3.2. **COMPONENTES DO INSTRUMENTO AJUSTADO**

3.3.2.1. Formulário de avaliação inicial

Baseado no Instrumento de avaliação da França, foi criado esse componente que busca registrar informações sobre o avaliado acerca da necessidade de acompanhamento por profissionais especializados, características da condição da pessoa avaliada, acesso a serviços da rede de saúde e reabilitação, assistência social, evolução e impactos da condição avaliada na vida da pessoa.

As informações serão utilizadas pela equipe multiprofissional da avaliação biopsicossocial, para ter acesso a história da pessoa a ser avaliada, e ter mais elementos que ajudarão a caracterização ou não da deficiência.

3.3.2.2. Inclusão de Formulário de Fatores Ambientais

No IFBr-M validado, a avaliação dos fatores ambientais no IFBr-M é feita pela simples marcação das barreiras na matriz de atividades e participação. Desse modo, informações das barreiras coletadas na matriz é pouco específica e não agrega informações qualificadas para a avaliação e para a formulação de políticas públicas.

A inclusão do Formulário de Fatores Ambientais visa a obter e registrar de forma mais detalhada e qualificada as barreiras enfrentadas pela pessoa em seu contexto de vida, com base nos respectivos domínios da CIF. Apenas as barreiras significativas são registradas, caso a caso, por meio de marcação simples (click) em uma tabela em formato digital, interativa e de fácil preenchimento, porém, com bom nível de detalhamento. Esses registros resultam um relatório objetivo sobre as barreiras vivenciadas pela pessoa avaliada, de modo a subsidiar, em conjunto com os demais elementos, a aplicação da matriz do IFBr-M (Formulário de Atividades e Participação), que avalia e gradua as limitações e restrições enfrentadas.

3.3.2.3. Aprimoramento do Formulário de Funções e Estruturas do Corpo

O Formulário de Funções e Estruturas do Corpo, no IFBr-M validado, é muito sintético e traz poucas informações sobre as características do impedimento. Identificou-se, portanto, a necessidade de considerar de forma mais detalhada e qualificada esse componente da avaliação biopsicossocial, baseado na CIF. Ajustes nesse componente foram introduzidos, ampliando-se o leque de informações sobre as alterações em funções e nas estruturas do corpo da pessoa avaliada.

Assim, os componentes Funções e Estruturas do Corpo, estão representados em duas tabelas distintas, lado a lado, contendo os respectivos domínios da CIF. Apenas as alterações significativas em funções e/ou estruturas do corpo são registradas, caso a caso, por meio de marcação simples (click) nas tabelas em formato digital, interativas e de fácil preenchimento, permitindo níveis diferenciados de detalhamento, a depender do(s) domínio(s), em conformidade com a CIF. Esses registros resultam também um relatório objetivo sobre o(s) impedimento(s) identificado(s), de modo a subsidiar, em conjunto com os demais elementos, a aplicação da matriz do IFBr-M (Formulário de Atividades e Participação), que avalia e gradua as limitações e restrições enfrentadas.

3.3.2.4. Formulário de Atividades e Participação

Em relação ao instrumento validado, na presente proposta não houve alteração significativa. As atividades selecionadas da CIF permanecem divididas em sete Domínios (Aprendizagem e aplicação de conhecimento; Comunicação; Mobilidade; Cuidados Pessoais; Vida Doméstica; Educação, Trabalho e Vida Econômica; Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política).

A pontuação do nível de independência para cada atividade avaliada continua com os mesmos parâmetros, baseada no modelo da Medida de Independência Funcional – MIF, com os níveis de dependência agrupados em quatro níveis de pontuação (25, 50, 75 e 100 pontos). O Modelo linguístico Fuzzy é aplicado conforme o tipo de impedimento, na forma do instrumento validado.

Com a introdução do formulário de Fatores Ambientais, foram retiradas as colunas correspondentes às barreiras ambientais na matriz. Assim, a marcação dessas colunas não é mais necessária, visto que essas informações de barreiras estarão detalhadas no Formulário de Fatores Ambientais.

Nessa etapa da avaliação, o formulário é preenchido por dois profissionais com formação técnica distinta, a partir de seus saberes e de conhecimentos obtidos em capacitação específica sobre o instrumento, que deverá obrigatoriamente ser realizada.

Assim, a pontuação atribuída a cada atividade, por cada profissional, é somada e o grau

de deficiência é estabelecido a partir das “réguas de pontuação” da validação, que variam conforme a faixa etária e o tipo de impedimento.

3.3.2.5. Componente de Ponderação

Esse componente é baseado na pontuação na matriz de atividades e participação dada pelos avaliadores da equipe multiprofissional e interdisciplinar. Seu objetivo é indicar, dentre os avaliados na faixa de caracterização da deficiência pela pontuação da matriz de atividades e participação, aqueles que deverão ter acesso às políticas públicas, em razão de seu desempenho em um set de atividades da matriz consideradas mais impactantes e restritivas, de acordo com o tipo de impedimento.

O componente de ponderação foi criado a partir da análise dos resultados da validação, em especial em relação às réguas de pontuação geradas pela pesquisa, que, em alguns casos, consideram pessoas com deficiência leve também aquelas com pequena redução de funcionalidade.

Abaixo está a régua de pontuação com os respectivos pontos de recorte para deficiência grave, moderada, leve e sem deficiência, para a faixa etária de 18-59 anos, para todos os impedimentos, conforme a pontuação nas 25 atividades discriminantes apontadas pela validação.



Descrição: Imagem da régua de pontuação da faixa etária de 18 a 59 anos, para todos os impedimentos, com pontuação mínima equivalente a 1250; pontuação para grave menor ou igual 3050; pontuação para moderado menor ou igual a 4200; pontuação para leve menor ou igual a 4950; e máximo de pontuação igual a 5000.

Verifica-se que o ponto de corte da deficiência leve na faixa de 18 a 59 anos (4.950) é muito próximo ao máximo de pontos da régua (5000). Assim, basta os dois avaliadores pontuarem 75 em uma das 25 atividades e 100 nas demais para que a pessoa seja considerada com deficiência grau leve: (23 x **100** x 2) + (2 x **75** x 2) = 4.600 + 300 = 4.900 (LEVE).

Esse componente foi criado a partir de perguntas-chave, com o objetivo de ponderar o resultado da matriz de atividades e participação, para melhor focalização do instrumento.

Faixa Etária	**Pergunta-chave**
0 – 4 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 ou 50 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
5 – 10 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
11 – 17 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
18 – 59 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
60 anos ou mais	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 3 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?

**O set de atividades, bem como o detalhamento da aplicação do componente de ponderação, segue como anexo a este relatório (anexo 9).*

Se o sistema capturou uma resposta NÃO à pergunta-chave na sua faixa etária, muda-se a gravidade da deficiência de grave para moderado, de moderado para leve e de leve para sem deficiência. Se o sistema capturou uma respondeu SIM à pergunta-chave na sua faixa etária permanece a gravidade original do IFBr-M. Esse componente foi testado na base de dados da pesquisa de validação do IFBr-M, e observou-se uma melhor focalização do instrumento, com redução do número de avaliados classificados como pessoas com deficiência leve e aumento do número de pessoas sem deficiência.

3.3.2.6. Monitoramento Complementar para Extremos de Idade

As limitações e restrições são naturalmente maiores em crianças de baixa idade e idosos. Em razão dessa condição natural faz-se necessário separar os impactos do(s) impedimento(s) e da faixa etária na funcionalidade. Esses indicadores nos extremos de idade foram incluídos para monitorar os resultados do instrumento, ou seja, não interferem na conclusão da avaliação.

Por meio de informações do sistema, questões relacionadas ao impacto do impedimento serão automaticamente respondidas e analisadas, a fim de verificar se o instrumento está adequado ao seu objetivo de caracterizar a deficiência.

Faixas Etárias (0-4 anos e 5-10 anos)
Há impedimento(s) que compromete(m) a comunicação?
Há impedimento(s) que compromete(m) movimentos, como mudar posição do corpo, deslocar-se, pegar objetos ou a realização de funções fisiológicas básicas, como alimentação, micção e defecação?
Há impedimento(s) que compromete(m) enxergar/identificar objetos?
Há impedimento(s) que compromete(m) aquisição de habilidades básicas do desenvolvimento e/ou ações como brincar ou interagir?
Faixa Etária (60 anos ou mais)
Há impedimento(s) que compromete(m) a comunicação?
Há impedimento(s) que compromete(m) movimentos, como mudar posição do corpo, deslocar-se, pegar objetos ou a realização de funções fisiológicas básicas, como alimentação, micção e defecação?
Há impedimento(s) que compromete(m) enxergar/identificar objetos?
Há impedimento(s) que compromete(m) o planejamento, a organização e a execução de atividades básicas da vida diária?

3.3.2.7. Componente específico para o Benefício de Prestação Continuada

A maior política de assistência à pessoa com deficiência, dentre as políticas públicas federais voltadas às pessoas com deficiência, é o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Esse benefício é regulado por legislação específica, e está estabelecido na Constituição Federal de 1988, em seu art. 203:

> Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
>
> (...)
>
> V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

A partir da análise do texto constitucional, verifica-se que são elencados três critérios para acesso ao BPC para a pessoa com deficiência: (i) ser pessoa com deficiência; (ii) comprovar não possuir meios de prover à própria manutenção; (iii) ou de tê-la provida por sua família.

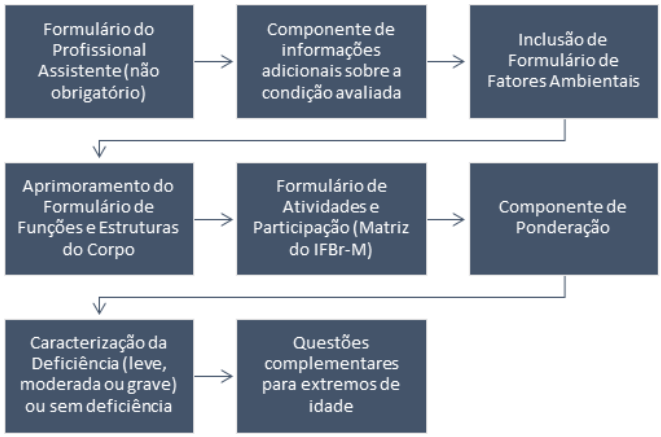
Observa-se que a Lei nº 8.742/1993 estabeleceu a avaliação médica e a avaliação social para verificar o atendimento ao primeiro critério (ser pessoa com deficiência) e renda familiar mensal per capita igual ou inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo para verificar o atendimento ao terceiro critério. Porém, o segundo critério não está estabelecido em lei (comprovar não possuir meios de prover à própria manutenção).

Nesse sentido, propõe-se a inclusão de um componente da avaliação específico para analisar esse critério por meio da seleção de alguns itens da matriz de atividades e participação que se apresentam com maior impacto na garantia da própria subsistência, ou seja, meios mínimos necessários para manutenção das condições de vida da pessoa.

A seleção desses itens se deu por análise dos dados da validação, em cada faixa etária separadamente. Foram extraídos para o componente específico do BPC os itens mais relacionados à manutenção da vida e que se encontravam significativamente mais afetados em sua funcionalidade dentre as pessoas da amostra que já recebiam BPC e ao mesmo tempo eram menos afetados nas pessoas que não recebiam BPC. Dessa forma, será avaliada a capacidade do avaliado de possuir os meios de prover a própria manutenção a partir de sua funcionalidade.

Resumo do processo de avaliação utilizando-se o Instrumento ajustado do Modelo MMFDH (anexo 9):

- Formulário do Profissional Assistente (não obrigatório – a ser preenchido pelo profissional assistente)
- Componente de informações adicionais sobre a condição avaliada (preenchido pela equipe de avaliação)
- Inclusão de Formulário de Fatores Ambientais (preenchido pela equipe de avaliação)
- Aprimoramento do Formulário de Funções e Estruturas do Corpo (preenchido pela equipe de avaliação)
- Formulário de Atividades e Participação (Matriz do IFBr-M) (preenchido pela equipe de avaliação)
- Componente de Ponderação (regra de sistema)
- Questões complementares para extremos de idade (regras de sistema)
- Componente Específico para o Benefício de Prestação Continuada (regra de sistema)
- Caracterização da Deficiência (leve, moderada ou grave) ou não caracterização (sem deficiência)



Descrição: elemento gráfico contendo retângulos azuis com letras brancas, em série, unidos por setas, com o nome de cada etapa da avaliação em cada um dos retângulos.

4. PROPOSTAS DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL

4.1. MODELO ME E MC

A proposta do ME e MC para a implantação da avaliação unificada da deficiência é simples e assegura uniformidade aos resultados, podendo ser iniciada alguns meses após sua regulamentação, uma vez que não demandará grandes inovações em termos de sistemas ou a criação de uma rede nova de atendimento.

Nesse modelo, a expansão da oferta de atendimentos deverá ocorrer gradualmente por meio de acréscimos à rede que já está estabelecida hoje, de acordo com a necessidade e as disponibilidades orçamentárias do governo federal. Considera-se inadequada a ideia de se criar uma rede nova e heterogênea de atendimento, sobretudo do ponto de vista da vinculação institucional dos membros da equipe multiprofissional.

Além da especificação das equipes de avaliação e dos locais de atendimento, o modelo conta com novos elementos que visam realçar o caráter multiprofissional e interdisciplinar da avaliação da deficiência: formulário padrão do médico assistente, formulário pedagógico e solicitação de parecer técnico especializado do avaliador da equipe multiprofissional e interdisciplinar.

4.1.1. Composição das equipes avaliadoras

No modelo proposto, o perito médico federal do Ministério do Trabalho e Previdência será responsável pela avaliação dos impedimentos em funções e estruturas do corpo e avaliará o componente de atividades e participação por meio da aplicação do IFBr-M. O segundo avaliador, por seu turno, avaliará as atividades e participação pelo IFBr-M e qualificará as barreiras externas. Se o indivíduo estiver pleiteando um benefício previdenciário, assistencial ou tributário, o segundo avaliador será o analista do INSS. Para as outras finalidades, a segunda avaliação poderá ser realizada por entidades parceiras, mas sob supervisão do serviço social do INSS.

As principais justificativas estão elencadas abaixo:

- a perícia médica federal e os analistas do INSS já possuem conhecimento e experiência na avaliação da deficiência daquelas políticas que adotam o modelo biopsicossocial, sendo que vários deles já possuem familiaridade com o IFBr-M;
- como o instrumento e o modelo serão únicos, o resultado obtido para uma finalidade poderá ser utilizado para outras, de modo que, se a equipe multiprofissional não for delimitada pelos normativos da avaliação unificada, outros profissionais poderão reconhecer o direito ao BPC e à aposentadoria especial da pessoa com deficiência, o que não seria adequado de acordo com os gestores dos órgãos responsáveis por essas políticas;
- o INSS adotou, no passado, o credenciamento de profissionais para o reconhecimento de direito a benefícios por incapacidade e os resultados foram a elevação indevida nas taxas de concessão e um número excessivo de avaliações gerado pelo agendamento de perícias desnecessárias, sendo a normalidade restabelecida após concurso para a perícia médica federal, seguido do descredenciamento dos profissionais não concursados;
- o código de ética médica determina que o médico não pode ser perito do seu "próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado"; e
- ao permitir que profissionais com qualquer vinculação institucional atuem na avaliação da deficiência, será criada uma margem para influência política nos resultados, pois os gestores locais poderão criar equipes de avaliação para reconhecer o direito de indivíduos sem deficiência às políticas das pessoas com deficiência, visando retorno eleitoral.

4.1.2. Locais de atendimento

Os locais de atendimento serão as agências do INSS distribuídas em todos os estados brasileiros e em centenas de cidades brasileiras, nas quais existem peritos médicos federais do Ministério do Trabalho e Previdência e analistas do INSS lotados. Essa rede de atendimento poderá ser expandida gradualmente, de acordo com a necessidade e as disponibilidades orçamentárias do governo federal.

4.1.3. Outros elementos do modelo de avaliação

- **Formulário padrão do médico assistente**

É ponto pacífico que, quanto mais informação estiver disponível para um membro da equipe multiprofissional, mais fidedigna será a sua avaliação. A questão relevante é como obter mais informação de forma eficiente.

O profissional habilitado a fornecer os dados clínicos é o médico assistente, como já acontece hoje. A apresentação dessas informações por parte dos avaliados é facultativa e deve continuar assim, tendo em vista que o agendamento de consultas e a realização de exames podem consumir muito tempo e, nesse período, o indivíduo permanecerá sem o acesso ao benefício ou serviço de que precisa.

O que se propõe é a padronização das informações médicas trazidas pelos requerentes, nos moldes propostos no anexo 8 que contém um formulário padrão do médico assistente, que ficará disponível na internet e nas unidades de atendimento. Esse novo formulário permite a descrição detalhada do quadro clínico, da perspectiva de evolução global, dos impactos funcionais e relacionais, além do projeto terapêutico.

- **Formulário pedagógico**

No caso das crianças, é mais difícil prever se as alterações verificadas em funções e estruturas do corpo acarretarão restrição de participação na sociedade, embora os profissionais procurem fazer uma inferência qualificada seguindo o roteiro e os critérios do instrumento.

No momento da avaliação, crianças e adolescentes podem agir de forma diferente do que em seu cotidiano. Os pais, responsáveis e cuidadores podem auxiliar os avaliadores prestando as informações solicitadas, mas, como se trata de uma avaliação para determinar o acesso a benefícios e serviços públicos, os incentivos não estão alinhados. Nesse contexto, é natural que as dificuldades sejam enfatizadas para aumentar as chances de acesso. Por outro lado, certas dificuldades que as crianças e adolescentes vivenciam podem não transparecer no momento da avaliação, a exemplo de problemas de aprendizagem e de comportamento inadequado.

Os professores do ensino fundamental e médio ocupam um papel essencial na agenda de crianças e adolescentes em idade escolar e investem um número relevante de horas na observação de seu desenvolvimento, rendimento e comportamento. Sendo assim, a proposta inclui o parecer do educador como um importante elemento interdisciplinar para o subsídio da análise biopsicossocial da deficiência na faixa etária de 4 a 17 anos. O modelo de parecer encontra-se no anexo 8.

- **Solicitação de parecer técnico especializado do avaliador da equipe multiprofissional e interdisciplinar**

Não é viável reunir os integrantes da equipe multiprofissional para que possam analisar conjuntamente todos os casos, mas é desejável estimular a comunicação eficiente entre os profissionais, ou seja, permitir que um membro solicite algum esclarecimento ou possa tirar dúvidas sobre aspectos do indivíduo que dizem respeito à especialidade do colega avaliador.

A solicitação de parecer técnico especializado do avaliador da equipe multiprofissional e interdisciplinar, nos moldes do formulário do anexo 8, possibilita o intercâmbio de informações entre os profissionais avaliadores de áreas de conhecimento diferentes sempre que necessário. Essa forma de comunicação pode ser efetivada sem comprometer a agenda dos profissionais atuantes na avaliação, com o apoio de colegas sem agenda comprometida com atendimentos, que absorveriam essa atribuição.

4.2. MODELO MMFDH

A proposta desenhada pelo MMFDH prevê o estabelecimento de uma rede nacional de avaliação, valoração e certificação da deficiência e criação de um cadastro nacional que aglutinará as informações provenientes da avaliação às bases de dados, com o objetivo de implantar o sistema único de avaliação e do registro de dados sobre pessoas com deficiência, a partir de julho de 2022.

4.2.1. Escopo do Sistema Único de Avaliação e Certificação da Deficiência

O Sistema Único de Avaliação e Certificação da Deficiência proposto tem como escopo:

- Instituição de um Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência em todo o território nacional, operacionalizado inicialmente pelo INSS, a ser implantado por etapas, iniciando por políticas de menor impacto fiscal, inserindo gradativamente as demais políticas;
- Definição de um instrumento único de avaliação, considerando as características de cada política setorial e fundamentado em parâmetros técnicos e científicos (anexo 9);
- Criação de um comitê gestor nacional da avaliação e certificação da deficiência, instância formal e permanente na estrutura da administração pública federal, para acompanhar as questões relacionadas à avaliação biopsicossocial da deficiência, formado por técnicos dos órgãos envolvidos, sendo prevista a consulta a especialistas e representações de pessoas com deficiência;
- Implementação de um estudo de validação em uso, em razão dos ajustes realizados no instrumento, para se avaliar a efetividade das alterações propostas e a necessidade de outras alterações, que deverão ser realizadas assim que identificadas;
- Definição de uma rede de âmbito nacional de profissionais que comporão a equipe multiprofissional e interdisciplinar devidamente capacitados para aplicação do instrumento, com momentos de formação periódicos, e instituição certificação dos profissionais para realizar a avaliação biopsicossocial;
- Definição dos equipamentos públicos que serão lócus da avaliação, iniciando-se pelas agências do INSS e ampliando-se para redes ou unidades de equipamentos públicos que poderão ser utilizadas como espaço físico para a realização da avaliação (unidades do Sistema Único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social, do Instituto Nacional do Seguro Social, do Subsistema Integrado de Saúde do Servidor, etc.);
- Estabelecimento de rotinas e procedimentos, a serem normatizados para criação de parâmetros uniformizados de atendimento;
- Criação do Cadastro-Inclusão para consolidar as informações das pessoas avaliadas, em bases de

dados que permitam a interoperabilidade com outras bases de informações existentes;
- Envolvimento e escuta das pessoas com deficiência.

4.2.2. **Operacionalização por etapas**

A operacionalização da implantação da avaliação deverá ser feita por etapas, iniciando-se por políticas de menor impacto fiscal e menor volume de usuários, para maior controle da demanda e para permitir que os aprimoramentos no instrumento durante o primeiro ano de implantação sejam realizados antes de se ter um grande contingente de pessoas avaliadas.

Etapa 1 - Políticas de fácil operacionalização e impacto imediato

- Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel (IPI)
- Isenção de Imposto sobre Operações Financeiras (IOF)
- Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência (Casa Verde e Amarela)
- Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência
- Horário especial para servidor com deficiência
- Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência
- Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais
- Passe Livre Interestadual
- Acesso a Obras Publicadas às Pessoas Cegas, com Deficiência Visual (Tratado de Marraqueche)

Etapa 2 - Políticas específicas com operacionalização mais complexa

- Avaliação da idade mental de dependente de servidor para concessão de auxílio pré-escolar
- Saque do FGTS para compra de órteses e próteses
- Acessibilidade no processo obtenção da Carteira Nacional de Habilitação
- Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência
- Educação inclusiva
- Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência
- Reserva de cargos em concursos públicos
- Residências Inclusivas
- Centros-Dia de Referência
- Acesso a serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita.
- Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infanto-juvenil
- Reserva de cargos em empresas para pessoas com deficiência (Lei de Cotas)
- Atendimentos prioritários (processual, procedimentos etc.)
- Reserva de vagas em estacionamentos

Etapa 3 – Políticas mais complexas e com maior impacto fiscal (a depender da adesão dos órgãos responsáveis)

- Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social
- Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS
- Pensão (de segurado do RGPS falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental
- Aposentadoria de servidor com deficiência
- Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental
- Auxílio-inclusão

Etapa 4 - Políticas a serem regulamentadas ou reformuladas (a depender da adesão dos órgãos responsáveis)

- Reabilitação Profissional
- Profissional de Apoio Escolar
- Moradia para a Vida Independente
- Trabalho com Apoio

4.2.3. **Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência**

Com o avançar da implantação, sugere-se que Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência em todo o território nacional seja operacionalizado por um novo equipamento público a ser criado – a "Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência", articulada com o Cadastro-Inclusão.

A Rede Nacional de Avaliação e Certificação da Deficiência, com certificação própria para os profissionais avaliadores, atuará nesse novo equipamento, "Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência", por meio de parcerias com Estados e Municípios, sendo observada a capacitação e certificação obrigatória dos profissionais avaliadores. A construção de um espaço físico não é mandatória, e arranjos mais flexíveis podem ser utilizados para que locais onde pessoas com deficiência já usualmente frequentam possam ter as funções da "Casa".

Nesse modelo o requerimento de avaliação poderá ser feito via CRAS, CREAS, CER, INSS e outros, pelo cidadão ou representante legal no território. A Casa recebe a demanda, define os profissionais avaliadores, agenda e realiza a avaliação. A avaliação é validada por uma comissão específica para esse fim, que define o que a pessoa poderá acessar, de acordo com sua avaliação. A pessoa é certificada como tendo deficiência, se for o caso, e fica cadastrada no Cadastro-Inclusão. Ela é encaminhada para serviços de reabilitação, qualificação escolar e profissional, emprego, e outros, conforme seu projeto de vida e parcerias disponibilizadas no território. Desse modo, a pessoa avaliada não é apenas direcionada a benefícios, mas a uma rede de suporte, que envolve os órgãos de saúde, educação, emprego, lazer, cultura, esporte, entre outros, em uma estratégia de intervenção global, combinando as várias respostas às necessidades identificadas, algumas mobilizando políticas públicas, outras dispositivos específicos, inclusive podendo contar com as próprias associações de

pessoas com deficiência e entidades representativas na oferta de serviços e apoio.

Por fim, a informação sobre a deficiência (tipo, grau, acompanhante) fica registrada em sua identidade digital, e ela acessa as políticas públicas que são de interesse e conforme os critérios legais estabelecidos.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1. CONCLUSÕES

O Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência foi instituído com a competência de formular (i) propostas sobre ato normativo para regulamentar os instrumentos de avaliação da deficiência com base no Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M), bem como o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência; (ii) propostas sobre a criação e a alteração de atos normativos necessários à implementação unificada da avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.

Ao longo de seu funcionamento, foram discutidos, com apoio dos Grupos Técnicos Especializados, o instrumento de avaliação IFBr-M, validado pela Universidade de Brasília, e se este se mostrava adequado para implantação imediata visando a caracterizar a deficiência para acesso às políticas públicas de âmbito federal voltadas para a população com deficiência.

Em relação a esse ponto, foi consenso no grupo a necessidade de ajustes no instrumento, ou seja, o IFBr-M validado pela UnB não foi considerado apto a ser implantado na forma como foi apresentado após a validação técnica realizada por aquela universidade. A capacidade de discriminar e selecionar o público-alvo do instrumento validado mostrou-se insatisfatória, especialmente ao se considerar a inter-relação entre as 34 políticas federais direcionadas às pessoas com deficiência e o impacto orçamentário e financeiro resultante da alteração do perfil do beneficiário, especialmente para o público do BPC.

As razões para a não adequação se relacionam à característica binária da classificação da deficiência presente na grande maioria das políticas voltadas às pessoas com deficiência, o que demanda um instrumento que resulte em focalização do público a ser atendido. As alterações normativas para modificar a estrutura binária são de implantação complexa, pois envolvem mudanças legislativas em leis e demandam muito tempo. Logo, o instrumento a ser implantado de forma mais imediata deve ser capaz de caracterizar a deficiência de forma a não reforçar iniquidades, considerando que pessoas com deficiência assim caracterizadas são consideradas no mesmo patamar, independente da gravidade; e assim pessoas com deficiências leves, que têm menor restrição de participação comparado a pessoas com deficiência moderada e grave, acessam a maior parte das políticas da mesma forma.

Para adequar o instrumento IFBr-M à realidade das políticas públicas federais, foram construídas, no âmbito do GTI, duas propostas de instrumentos ajustados, que já foram apresentadas em seções anteriores deste relatório. As duas propostas foram apreciadas pelos membros do GTI e, após votação, a maioria deliberou pela proposta do ME e MC, que a maioria do GTI entende como mais adequada para atender à legislação vigente e atender às competências do Grupo elencadas no Decreto nº 10.415/2020, conforme quadro abaixo. O detalhamento do instrumento definido pelo GTI como o mais adequado está incluído nos anexos (anexo 8).

Tabela com votos dos componentes do GTI:

	MMFDH	ME	MC	MS	AGU	CONADE[3]	Total de Votos
Proposta ME e MC	0	2	1	1	1	sem representação	**5**
Proposta MMFDH	2	0	0	0	0	sem representação	**2**

5.2. RECOMENDAÇÕES

Pelo exposto, recomenda-se que algumas medidas sejam implementadas para favorecer a implantação de um modelo único de avaliação da deficiência. Tais medidas dependem também da atuação dos vários órgãos envolvidos com a avaliação, e envolvem também o Poder Judiciário, Poder Legislativo, bem como é fundamental a participação das pessoas com deficiência e suas representações, conforme reza a Convenção.

1. criação de uma instância formal e permanente na estrutura da administração pública federal, para acompanhar as questões relacionadas à avaliação e certificação da deficiência, como um comitê gestor nacional, formado por técnicos dos órgãos envolvidos, sendo prevista a consulta a especialistas e representações de pessoas com deficiência;
2. previsão de revisão programada do instrumento de avaliação, para realização de validação em uso do instrumento ajustado e realização de aperfeiçoamentos ao final de vinte e quatro meses de implantação;
3. criação de uma estrutura de capacitação contínua dos profissionais que realizarão a avaliação biopsicossocial, com certificação e monitoramento dos resultados de cada profissional por meio das informações do sistema tecnológico de dados desenvolvido para suportar digitalmente a avaliação (Cadastro-Inclusão);
4. criação de uma estratégia de comunicação eficiente, que seja acessível e de linguagem simples, para que as pessoas com deficiência e todos os demais públicos envolvidos estejam informados e esclarecidos sobre as mudanças na avaliação;
5. diálogo com o Poder Judiciário, para preparar e esclarecer a transição do modelo vigente para o novo modelo, para prover informações precisas para os eventuais casos de judicialização;
6. diálogo com o Poder Legislativo, visando informar sobre a transição do modelo vigente para o novo modelo, inclusive para esclarecer sobre a necessidade de mudanças legais apontadas no presente relatório;
7. monitoramento permanente dos resultados da implantação da avaliação biopsicossocial, com criação de indicadores de desempenho da política, inclusive regionais e locais.

6. ANEXOS

1. Atas das reuniões realizadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência

GTI Ordinária/Extraordinária	Data de Realização	Documento SEI
1ª Reunião de Instituição do GTI	10/08/2020	2522323
1ª Reunião Extraordinária	13/08/2020	2522326
2ª Reunião Ordinária	28/10/2020	2522349
2ª Reunião Extraordinária	13/11/2020	2522354
3ª Reunião Ordinária	17/12/2020	2522358
4ª Reunião Ordinária	18/01/2021	2522363
5ª Reunião Ordinária	08/04/2021	2522368
6ª Reunião Ordinária	19/05/2021	2522371
7ª Reunião Ordinária	25/08/2021	2522373
8ª Reunião Ordinária	31/08/2021	2522375

2. Atas das reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial

GTE Instrumento	Data de Realização	Documento SEI
1ª Reunião	03/09/2020	2521407
2ª Reunião	10/09/2020	2521409
3ª Reunião	14/09/2020	2521410
4ª Reunião	17/09/2020	2521411
5ª Reunião	25/09/2020	2521412
6ª Reunião	01/10/2020	2521413
7ª Reunião	08/10/2020	2521414
8ª Reunião	16/10/2020	2521415
9ª Reunião	20/04/2021	2521416

3. Atas das reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário Financeiro do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial

GTE Orçamento	Data de Realização	Documento SEI
1ª Reunião	04/09/2020	2521434
2ª Reunião	09/09/2020	2521435
3ª Reunião	16/09/2020	2521436
4ª Reunião	23/09/2020	2521437
5ª Reunião	30/09/2020	2521438
6ª Reunião	07/10/2020	2521439
7ª Reunião	14/10/2020	2521441

4. Atas das reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre Normativos do Modelo Único de Avaliação da Deficiência.

GTE Normas	Data de Realização	Documento SEI
1ª Reunião	15/10/2020	2521446
2ª Reunião	22/10/2020	2521447
3ª Reunião	26/11/2020	2521448
4ª Reunião	03/12/2020	2521449
5ª Reunião	10/12/2020	2521450
6ª Reunião	28/04/2021	2521451
7ª Reunião	04/05/2021	2521453
8ª Reunião	18/05/2021	2521454
9ª Reunião	25/05/2021	2521456
10ª Reunião	01/06/2021	2521457
11ª Reunião	08/06/2021	2521458
12ª Reunião	16/06/2021	2521459
13ª Reunião	22/06/2021	2521460

5. Relatório do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial (2521417)
6. Relatório do Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário Financeiro do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial (2521443)
7. Relatório do Grupo Técnico Especializado sobre Normativos do Modelo Único de Avaliação da Deficiência (2521465)
    - 7.1. Tabela de necessidade de alterações normativas (2526802)
    - 7.2. Proposta de norma instituindo o instrumento único (2526804)
8. Proposta de instrumento único de avaliação biopsicossocial da deficiência desenvolvida pela Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (2526763)

- 8.1. Estudo exploratório dos requerimentos de BPC à pessoa com deficiência (2526761)
- 8.2. Análise da aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado em requerentes do benefício de prestação continuada à pessoa com deficiência (2526732)

9. Proposta de instrumento único de avaliação biopsicossocial da deficiência desenvolvida pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos 00135.223049/2021-46.

É o Relatório.

Encaminhe-se à Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, em cumprimento ao inc. I, do § 1º, do art. 8º, do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020.

Documento assinado eletronicamente

Liliane Cristina Gonçalves Bernardes

Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais
Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

Rodrigo Abreu de Freitas Machado

Coordenador-Geral de Acessibilidade e Tecnologia Assistiva
Departamento de Políticas Temáticas dos Direitos da Pessoa com Deficiência
Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

Rodrigo Zerbone Loureiro

Subsecretário de Capital Humano
Secretaria de Políticas Públicas de Emprego
Representante do Ministério da Economia

Narlon Gutierre Nogueira

Secretário de Previdência
Ministério do Trabalho e Previdência
Representante do Ministério da Economia

André Rodrigues Veras

Diretor de Benefícios Assistenciais
Secretaria Nacional de Assistência Social
Secretaria Especial de Desenvolvimento Social
Representante do Ministério da Cidadania

Maurício Maia

Procurador Federal
Representante da Advocacia-Geral da União

Angelo Roberto Gonçalves

Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Secretaria de Atenção Especializada em Saúde
Representante do Ministério da Saúde

---

[1] Os representantes do Ministério da Economia estavam vinculados à Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, que foi transformada no Ministério do Trabalho e Previdência pela MP nº 1058, de 27 de julho de 2021. Porém, esses representantes foram mantidos no GTI, mediante ratificação da indicação pelo Ministério da Economia.
[2] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/dnn/Dnn11354.htm
[3] No momento da votação não havia representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência no GTI em razão daquele colegiado estar aguardando o processo seletivo para definir sua nova composição.

Brasília, 05 de outubro de 2021.

Documento assinado eletronicamente por **Liliane Cristina Gonçalves Bernardes**, **Diretor(a) do Departamento de Gestão e Relações Interinstitucionais**, em 06/10/2021, às 20:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

Documento assinado eletronicamente por **NARLON GUTIERRE NOGUEIRA**, **Usuário Externo**, em 07/10/2021, às 10:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Abreu de Freitas Machado**, **Coordenador(a) Geral de Acessibilidade e Tecnologia Assistiva**, em 07/10/2021, às 11:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

Documento assinado eletronicamente por **Maurício Maia**, **Usuário Externo**, em 07/10/2021, às

16:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

Documento assinado eletronicamente por **Angelo Roberto Gonçalves**, **Usuário Externo**, em 07/10/2021, às 16:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

Documento assinado eletronicamente por **Andre Rodrigues Veras**, **Usuário Externo**, em 07/10/2021, às 19:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Zerbone Loureiro**, **Usuário Externo**, em 08/10/2021, às 14:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.mdh.gov.br/autenticidade, informando o código verificador **2523265** e o código CRC **926D7A7A**.

Relatório Final do GT Modelo Final (2523265) SEI 00135.213585/2020-52 / pg. 38

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

RELATÓRIO AO GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL

GRUPO DE TRABALHO ESPECIALIZADO SOBRE INSTRUMENTO E SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

1. Introdução

O presente documento reúne as informações dos trabalhos e discussões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento de Avaliação e sobre o Modelo Único de Avaliação da Deficiência. Foram realizadas 7 (sete) reuniões, nas seguintes datas: 03/09/2020, 10/09/2020, 14/09/2020, 17/09/2020, 25/09/2020, 01/10/2020 e 08/10/2020.

2. Breve resumo das reuniões

Tabela 1: Reuniões realizadas pelo GTE do Instrumento de Avaliação da Deficiência

Data	Temas tratados
03/09/2020	Resultados da validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M)
10/09/2020	Comparativo entre o Instrumento de Avaliação do BPC e a IFBr-M Conceito de deficiência
14/09/2020	Sensibilidade e especificidade do IFBr-M
17/09/2020	Proposta de fluxo de avaliação da deficiência Convergências e Divergências do Grupo
25/09/2020	Políticas Públicas impactadas pelo novo modelo único de avaliação da deficiência Fluxo de Avaliação da Deficiência
01/10/2020	Fluxo de Avaliação da Deficiência
08/10/2020	Relatório ao GTI
16/10/2020	Fechamento do Relatório ao GTI

Na primeira reunião do grupo foram apresentados os resultados da validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M), seguido de discussão. A segunda reunião contou com a apresentação de um comparativo entre o Instrumento de Avaliação do BPC e a IFBr-M no período da manhã, com apresentação do conceito de deficiência no período da tarde, ambas as apresentações seguidas de discussões. A terceira reunião discutiu a sensibilidade e especificidade do IFBr-M, ficando evidente a divergência entre os participantes em relação a esse tema. Na quarta reunião foi apresentada proposta de fluxo de avaliação da deficiência no período da manhã, tendo sido encaminhado que os participantes iriam consultar seus respectivos órgãos sobre a proposta. O período da tarde foi dedicado a levantar os pontos de convergência e divergência a serem levados para a reunião do GTI. A quinta reunião seguiu com a apresentação das políticas públicas impactadas pelo novo modelo único de avaliação e revisão do fluxo de avaliação proposto. A sexta reunião seguiu para fechamento do fluxo de avaliação

proposto, porém parte dos participantes manifestou que a explicação do fluxo trazida na reunião não contemplava o ponto de vista por eles defendido, gerando nova discussão sobre a necessidade de inclusão de mais etapas relacionadas à valoração do impedimento e dos fatores ambientais. A sétima e oitava reuniões trataram do presente relatório, a ser encaminhado ao GTI.

3. Principais temas discutidos

O grupo de especialistas é uníssono em relação à necessidade de implantação de um modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência no país. Esse modelo beneficiará tanto as pessoas com deficiência quanto o estado, em razão da redução do número de vezes que a pessoa com deficiência é avaliada; a diminuição do retrabalho das equipes de avaliação; a integração dos dados dos avaliados em uma base única; e a utilização dos mesmos critérios para avaliar todos aqueles que buscam o reconhecimento da condição de deficiência, além de reduzir os riscos jurídicos de divergência de avaliações e judicialização da política.

Além disso, outro ponto de concordância é a realização da avaliação por equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando atender à lei.

Entretanto, existem duas linhas defendidas pelos participantes do GTE em relação à atuação da equipe interdisciplinar e multiprofissional. Uma delas entende que a avaliação deve ser feita de forma conjunta pelos profissionais da equipe, ou seja, os dois ou mais profissionais participam simultaneamente na aplicação do instrumento de avaliação. A outra considera não haver necessidade de avaliação conjunta (concomitante), e cada profissional pode realizar a aplicação do instrumento de avaliação separadamente, como é feito hoje para o BPC e para a LC 142.

Conceito

1) Do modelo de avaliação biopsicossocial unificada da deficiência

Há duas linhas de pensamento predominantes no GTE. A primeira entende que, para atender à Lei nº 13.146/2015, é necessário que todos os itens descritos nos incisos do art. 2º sejam valorados, ou seja, sejam pontuados ou recebam algum valor.

> *§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:*
>
> *I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;*
>
> *II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;*
>
> *III - a limitação no desempenho de atividades; e*
>
> *IV - a restrição de participação. (grifo nosso)*

Logo, segundo esse entendimento, deveriam ser mensurados todos os elementos a seguir descritos (a) os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; (b) os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; (c) a limitação no desempenho de atividades; e (d) a restrição de participação. Os valores desses itens, somados, definiriam quem tem ou não deficiência e o grau.

Nessa perspectiva, defendem que qualquer instrumento que se proponha a ser utilizado como instrumento único de avaliação da deficiência precisa ser biopsicossocial, garantindo o equilíbrio

e o igual peso ao “bio”, ao “psico” e ao “social”, sob pena de ir de encontro ao dispositivo a ser regulamentado por esse grupo.

A ausência de valoração de todos esses elementos inviabiliza o atendimento ao conceito de deficiência trazido pela LBI e torna dificultoso ou até mesmo inviável o acesso às políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência, as quais exigem a discriminação dessas etapas da avaliação da deficiência para garantir de fato a utilização de um instrumento único. Cita-se como exemplo, o BPC, política para a qual os fatores socioambientais precisam ter sido valorados para viabilizar a aferição do critério de vulnerabilidade para flexibilização da renda. A ausência desses elementos tornaria necessário uma nova avaliação dos fatores socioambientais para o público do BPC, gerando maior gasto público e necessidade de produzir informações que já deveriam estar comtempladas em um instrumento que avalia a deficiência nos termos do art. 2º, §1º da LBI.

Ademais, na visão dessa parcela do grupo, somente a partir da valoração de todos os incisos é possível corrigir distorções verificadas quando da aplicação de uma variação do IF-Br adaptada à aposentadoria da Pessoa com Deficiência regulamentada pela LC nº. 142, de 2013.

Essa parcela do grupo também compreende que o detalhamento das informações por meio da inclusão de complementos permite que, para algumas políticas, como no BPC, não haja necessidade de reexecução de etapas.

Entretanto isso não é consenso no GTE, pois a outra linha de pensamento defende que há informações na matriz de atividades e participação do IFBr-M que contemplam esses outros critérios. Há marcação de barreiras contextuais e há pontuação do nível de dependência de terceiros, por exemplo.

Portanto, **para esse modelo de avaliação, o IFBr-M atende apenas à avaliação da restrição de participação, não atendendo a todos os dispositivos da Lei,** , demandando complementação.

A segunda linha de pensamento, no entanto, considera que, conforme os aspectos metodológicos definidores do IFBr-M, todos os aspectos constantes nos incisos são mensurados pela matriz de atividades e participação, mesmo que não estejam individualizados. Logo, não há necessidade de valorar cada um dos incisos separadamente, tendo em vista que os componentes descritos nos incisos se expressam na pontuação da matriz. A avaliação é quantitativa e ponderada, equivalente a uma interação (efeito multiplicativo) entre o impedimento e as barreiras (um valor multiplicado pelo outro). Isto é o que significa mensurado. Não deixa de ser uma qualidade, resultante da quantidade. A quantidade vem junto e vem primeiro, antes de determinar-se se a qualidade da barreira. A multiplicação de valores resulta na escala ordinal categórica de 25-50-75-100. O IFBr-M pressupõe que é na interação entre as barreiras e o impedimento que se pode identificar a deficiência, tendo a funcionalidade como a sua representação.

O impedimento, ou seja, as alterações em estruturas e funções do corpo, são obrigatoriamente registrados em formulário específico preenchido por profissional médico, de forma que a deficiência esteja relacionada à existência de um impedimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. A partir da descrição das atividades e das respostas com níveis de independência e exemplos, o avaliador deverá investigar o desempenho do indivíduo avaliado na realização de atividades da matriz, para verificar o nível de independência naquelas

atividades (se realiza de forma independente no mesmo tempo que os demais; se realiza com auxílio de alguma adaptação ou tecnologia assistiva; se realiza a atividade, mas com auxílio de terceiros; ou se depende totalmente de terceiros para realizar a atividade).

O nível de independência para realizar as atividades, portanto, reflete tanto a gravidade dos impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; como o impacto dos fatores socioambientais, psicológicos e pessoais e a limitação no desempenho da atividade. Quanto mais graves os impedimentos relacionados às estruturas e funções do corpo, menor será o nível de independência na realização das atividades, e mais grave a deficiência. Do mesmo modo, quanto maiores são as barreiras (fatores socioambientais, psicológicos e pessoais), menor será a independência na realização das atividades, mais grave a deficiência e maior será a restrição de participação.

Se o avaliado apresenta impedimentos de maior severidade ou múltiplos, sua pontuação será impactada com redução da independência e funcionalidade. Além disso, o método Fuzzy, parte indissociável da matriz de atividades e participação no método validado pela UnB, também tem a função de qualificar a avaliação, por levar em consideração condições identificáveis de maior vulnerabilidade, fragilidade e risco, identificando fatores de maior gravidade para cada impedimento e valorizando domínios mais prejudicados por cada tipo de impedimento. Sendo assim, o IFBr-M avalia a gravidade dos impedimentos nas funções e estruturas do corpo por sua consequência nas atividades e participação, contemplando a exigência da LBI.

Quando se analisa a forma de aplicação do IFBr-M descrita em seu manual, fica claro que, se o indivíduo não realiza a atividade porque não quer ou por motivos externos a sua condição de pessoa com deficiência, a realização da atividade deve ser avaliada pela projeção da atividade, ou seja, pela possibilidade de realizá-la, o que exclui a chance da pontuação refletir qualquer outra causa que não tenha relação com o impedimento.

Toda vez que a pessoa avaliada tem pontuação menor que 100 (independência completa para realização das atividades), há a indicação das barreiras enfrentadas em cada um dos cinco tipos indicados na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Para ser feita essa indicação, os avaliadores necessitam compreender o que se apresenta como dificultador para as atividades e participação do avaliado, em seu ambiente natural, nos apoios e relacionamentos, em atitudes e em serviços, sistemas e políticas. A compreensão aprofundada das barreiras é condição fundamental para preenchimento da matriz do IFBr-M, pois orienta o profissional quanto a pontuação e os obstáculos vividos por determinado sujeito quando da execução da atividade avaliada. Portanto, o impacto das barreiras, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais que devem ser considerados, conforme a LBI, estão contemplados.

O IFBr-M foi estruturado considerando o conceito relacional da deficiência, em que os aspectos do ser humano estão todos interrelacionados entre si e com seu meio (biopsicossocial). A partir de avaliação das consequências (limitações no desempenho de atividades e restrições de participação), avaliam-se de forma relacional os causadores (impedimentos nas funções e estruturas do corpo e os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais). Somente pode ser aplicado por equipe multiprofissional e capacitada de modo interdisciplinar para a interpretação biopsicossocial da deficiência.

Logo, **para esse modelo de avaliação, o IFBr-M atende a todos os dispositivos da Lei, e está apto a ser o instrumento de avaliação do novo modelo único de avaliação da deficiência.**

Sugere-se que o GTE de Normas aprofunde a discussão relativa aos aspectos legais referentes ao conceito de deficiência na Convenção da ONU e LBI, para subsidiar a discussão no GTI.

2) Considerações sobre o impedimento de longo prazo

Também em relação à duração do impedimento de longo prazo, os componentes do GTE se dividem em duas linhas de entendimento.

A primeira defende que o período a ser considerado como longo prazo não deve ser único para todas as políticas públicas que serão impactadas pelo modelo único de avaliação da deficiência, tendo em vista a natureza e os objetivos distintos de cada política, serviço ou benefício. Segundo esse entendimento, o reconhecimento da condição de deficiência a partir da definição do longo prazo do impedimento (além dos outros critérios) deveria se adequar à cada política, de modo que o prazo do impedimento para a política A poderia ser menor que 2 (dois) anos, enquanto para a política B esse prazo seria de até 2 (dois) anos, previsto na Lei 8.742/93 para acesso ao BPC . A segunda linha de pensamento entende que o impedimento de longo prazo deve ser o mesmo para todas as políticas, serviços e benefícios, pois considera que esse é um marco que distingue pessoas com deficiência de outras categorias, como pessoas com mobilidade reduzida, pessoas em convalescença sem prognóstico ainda definido, e deficiências "temporárias". Segundo esse entendimento, o prazo de dois anos, já estabelecido na legislação referente ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social e à aposentadoria com tempo reduzido da pessoa com deficiência, seria o prazo adequado.

Entretanto, o grupo reconhece que há situações específicas em que determinar o longo prazo de dois anos é especialmente difícil, como no caso de crianças pequenas, ou em condições em que o prognóstico não é claro. Em casos que existam dificuldades em classificar o impedimento de "longo prazo" existe a possibilidade de reavaliação para a contemplação de cada política (Orion).

Nesse sentido, algumas sugestões foram indicadas para solucionar esses casos, como o estabelecimento de procedimentos que permitam a realização de uma nova avaliação dentro de um prazo menor, conforme definição da equipe multiprofissional e interdisciplinar, ou mesmo a concessão por período determinado, cessando o benefício até nova avaliação para determinar seu restabelecimento ou não.

3) Análise dos dados da LC nº 142, de 2013, que utiliza como instrumento o IFBr-A questionados por parte do grupo

Durante as discussões do GTE foram indicados, por parte do grupo, problemas relacionados aos resultados da aplicação do Instrumento IFBr – A, destinado exclusivamente à avaliação da deficiência para fins da Lei Complementar nº 142, de 2013.

Alguns especialistas frisaram, entretanto, que os instrumentos IFBr-A e IFBr-M não são comparáveis porque são instrumentos diferentes.

Da análise dos dados das avaliações do IFBr-A, verificaram-se casos de pessoas que intuitivamente deveriam ser consideradas com deficiência grave mas que foram consideradas com deficiência leve (cegos, tetraplégicos, paraplégicos).

A partir de uma análise com 44.460 avaliações, realizada pela Secretaria de Previdência, identificaram-se 243 pessoas requerentes de aposentadorias por tempo de contribuição avaliadas de acordo com o CID H54.0, das quais 173 foram caracterizadas como Pessoas com Deficiência grave, avaliações consideradas adequadas pelos autores da análise, o que corresponde a 71% dos casos, mas outras 39 pessoas foram caracterizadas como Pessoas com Deficiência moderada e ainda outras 31 como Pessoas com Deficiência leve, o que corresponde a 29% do total de avaliações:

Conforme esse levantamento, 192 avaliações realizadas em requerentes do benefício aposentadoria por tempo de contribuição, das quais 103 foram caracterizadas como Pessoas com Deficiência grave, avaliações consideradas adequadas pelos autores da análise, o que corresponde a 54% dos casos, mas outras 48 pessoas foram caracterizadas como Pessoas com Deficiência moderada e ainda outras 41 como Pessoas com Deficiência leve, o que corresponde a 46% do total de avaliações:

No entanto, foi destacado por alguns especialistas do grupo que o IFBr-A não é o mesmo instrumento que o IFBr-M, e portanto não se poderia comparar esses resultados para o IFBr-M, embora parte do grupo defenda que a variação é mínima, tendo ambos como instrumento base o IF-Br.

Parte dos especialistas discorda que os dados apresentados nessa análise possam ser considerados fidedignos, pois se baseiam exclusivamente na marcação dos CID's, e erros de marcação desses códigos podem ocorrer. Assim, esses especialistas entendem serem necessárias análises adicionais a partir de informações da própria avaliação do IFBr-A. A forma como a pessoa avaliada realiza as atividades da matriz pode corroborar ou não os resultados nesses casos. Por essa razão um estudo adicional deverá realizado a partir desses dados apresentados para sanar as dúvidas.

Da mesma forma, alguns especialistas apontaram que houve modificação da métrica de valoração dos graus de deficiência do IFBr-A nos casos de deficiência grave e moderada, e os valores não seguem o que foi indicado na validação científica do IFBr-A feita por pesquisadores. Para esses especialistas, esse fato poderia explicar os casos anteriormente citados, tendo em vista que, não havendo estudos que respaldem a modificação dos recortes de gravidade da deficiência, os resultados podem ser afetados. Entretanto, parte do grupo defende que, mesmo que as modificações propostas tivessem sido feitas, elas não fariam que as pessoas com deficiência grave fossem enquadradas como leve, pois a variação entre a métrica aplicada e a proposta é pequena, ou seja, a preocupação persistiria.

Outro ponto destacado por alguns especialistas é quanto às diferenças entre os instrumentos que, embora tenham estrutura semelhante, foram desenvolvidos para públicos distintos. Enquanto o IFBr-A é voltado para público adulto que busca aposentadoria, o IFBr-M é direcionado a todas as faixas etárias e para caracterizar a deficiência para acesso a uma gama maior de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência. Além disso, a matriz de atividades e participação é diferente, além da distinção em relação à aplicação do modelo linguístico Fuzzy, com a inclusão de item referente à deficiência mental.

Já no processo de validação do IFBr-M foram avaliadas 8795 pessoas, com dois avaliadores para cada, com análises completas e aprofundadas dos dados, de forma quantitativa e qualitativa, com triangulação das discussões dos dados por especialistas de diversas formações até se alcançar um consenso de que o Instrumento é válido, com as seguintes conclusões:

> "É possível concluir, então, que o IFBr-M se mostrou válido do ponto de vista estrutural e de face. Demonstrou validade de acurácia, com efetividade e alta portabilidade para uso amplo em áreas urbanas e suburbanas de municípios localizados em todas as regiões do Brasil."

> "Foi eficiente (barato, rápido e econômico) para ser aplicado em dispositivos pessoais e institucionais de serviços que trabalham com PcDs e as mobilizam para acesso às políticas públicas de direito."

4) Análise do processo de validação

Em relação ao processo de validação, foram trazidos por alguns participantes os seguintes pontos, destacando desde já que o detalhamento das considerações e ponderações, caso de interesse do GTI, poderão ser disponibilizados:

a) Baixa especificidade do IFBr-M, o que resulta em muitos falsos positivos, ou seja, muitas pessoas sem deficiência caracterizados como pessoas com deficiência

Em relação a esse ponto, foi argumentado pela UnB, responsável pela validação, que vários testes que são utilizados rotineiramente fins diversos, como para detecção de doenças, tem especificidade menor que a do IFBr-M. Foi destacado pelos especialistas que a alteração dos parâmetros definidos pela validação, ou seja, a alteração dos marcos na métrica de pontuação do IFBr-M, visando melhorar sua especificidade, sem a realização de uma nova validação, desconfigurará todo o instrumento, e ele perderá seu poder discriminatório.

Portanto, para parte do grupo, o instrumento poderia ser implementado como está e os ajustes serem realizados a partir de estudos posteriores com de dados provenientes de sua aplicação em larga escala, que comprovariam ou não a baixa especificidade e a necessidade de correções.

Também há que se considerar que em termos de proteção de direitos, a sensibilidade do instrumento tem que ser priorizada em detrimento de perda de algum grau na especificidade, a fim de que sejam evitadas injustiças de exclusão, como aponta o Produto 11 da UnB:

> "A escolha dos pontos de corte em todos os níveis de gravidade (Grave, Moderada, Leve e "Sem Deficiência") foi determinada pela combinação entre a melhor sensibilidade com a menor perda de especificidade".

Além disso, há que se considerar que as pessoas sem deficiência que buscam ações e políticas se apresentam em percentual significativamente menor do que aquelas que realmente apresentam deficiência. As avaliações citadas no relatório da UnB para o direito previsto na Lei Complementar nº 142/2013 durante a validação do IFBr-A detectaram, em modelo binário, que uma proporção de 88% de pessoas "com deficiência" e apenas 12% "sem deficiência" buscaram o direito. Após várias discussões, chegou-se à conclusão de que a distribuição percentual ficaria em torno de 75/25 no conjunto das políticas, já que algumas seriam menos complexas para realizar uma tentativa, mesmo sem deficiência. Isso quer dizer que a especificidade não necessita ser tão grande se a proporção de negativos é pequena.

A UnB conclui que:

> "O IFBr-M foi igualmente eficaz com sensibilidade e especificidade para a separação de níveis de gravidade exigidos por lei para regular as políticas de acesso, com a utilização do número de perguntas e pontos de corte para somas de pontuação recomendadas pela pesquisa de validação."

Para outra parcela do grupo, a implementação do instrumento como está perpetuaria problemas que já foram verificados com a aplicação de variações do IF-Br e poderia gerar graves problemas para políticas públicas já bem estabelecidas e com instrumentos maduros, como o BPC, sendo que qualquer mudança do instrumento tem que representar claro avanço ao cenário atual.

Nesse sentido, importante elencar que o estudo feito pela UnB identificou numericamente que, para deficiências leves, o método tem até 90% de falsos positivos, somente acertando em 10% das vezes, em uma amostra calculada com 90% de prevalência. Ou seja, para esses componentes, o método IFBr-M é extremamente inespecífico, principalmente quando se aproxima da zona de transição entre as deficiências leves e as ausências de deficiências. Assim, conforme comprovação quantitativa do próprio estudo realizado pela UnB, essa parte do grupo entendeu que o método não está pronto para sua implementação, dada a sua elevada inespecificidade para todas as gravidades, e principalmente na zona próxima à gravidade leve.

Alguns especialistas alertam que o percentual de até 90% de falsos positivos apontado no parágrafo anterior refere-se a uma amostra calculada com 90% de prevalência de deficiência leve, ou seja, para uma amostra em que a prevalência de pessoas com deficiência é de 90%. Logo, o percentual de 90% de falsos positivos não seria reproduzido na população como um todo, já que a prevalência real de pessoas com deficiência no Brasil não é de 90%.

Se uma pessoa avaliada for considerada pessoa com deficiência grave, moderada ou leve ela será pessoa com deficiência. A proporção em na amostra da validação do IFBr-M foi de 7% de pessoas sem deficiência e na população real essa proporção é de mais de 75%. A conclusão de que a prevalência de 90% se aplica à população é extremamente imprópria.

Entretanto, não é possível prever qual será o resultado na população em geral, e parte do grupo entende que um estudo adicional é necessário.

b) Necessidade de realizar uma validação complementar, para inclusão de etapas adicionais, para melhoria da especificidade do instrumento visando reduzir falsos negativos. As etapas adicionais avaliariam os impedimentos e os fatores ambientais.

Foi ponderado por parcela do grupo que a inclusão de etapas adicionais, que se somariam ao instrumento validado, afeta toda a lógica o IFBr-M, que se baseia na matriz de atividades e participação para caracterizar a deficiência e seus graus. Logo, seria necessária nova validação de todo instrumento e não apenas de parte dele.

Além disso, conforme a metodologia desenvolvida no caso do IFBr-M, a inclusão da valoração de impedimentos e fatores ambientais prejudicaria o resultado, uma vez que esses elementos já são valorados na matriz por meio da avaliação do desempenho na realização das atividades. Assim, seria necessário criar um novo instrumento, que deveria passar por todas as etapas de validação (validação de conteúdo, de face e de acurácia).

Entretanto, parcela do grupo manteve o entendimento sobre a necessidade de inclusão de etapas adicionais ao método, anteriores à sua efetivação como política pública, com o objetivo de reduzir os falsos positivos, sem que se reduzam com tamanho impacto os índices objetivos de sensibilidade. A necessidade de inclusão de ferramentas adicionais e da validação complementar é devido, para esse grupo, aos preocupantes números obtidos pelo estudo da UnB relatos à baixa especificidade do método para deficientes leves (em torno de 90% de falsos positivos – ou seja, somente 10% de acertos para a população que não é deficiente leve) e da baixa sensibilidade do método para deficientes graves (em torno de 15% de falsos negativos,

sendo que nessa faixa, em função de sua elevada importância social, o método deveria ser muito mais sensível e preciso). Assim, adicionado ao fato de que parcela do grupo entendeu que o estudo da UnB não fora uma validação integral, conclui-se pela necessidade de uma segunda validação com o método acrescido de ferramentas adicionais para se mitigar os problemas observados pelos números obtidos pelo estudo da UnB.

Importa ressaltar que uma nova validação traz consigo o risco de não se obter o resultado esperado porque são diversas as variáveis que afetam o processo de validação e não necessariamente resultará em um instrumento com a sensibilidade e especificidade mais adequadas em relação ao instrumento IFBr-M.

Registra-se que parte dos especialistas entendem que o IFBr-M é adequado em relação à especificidade.

c) Questionamentos relacionados ao padrão ouro definido pela pesquisa de validação – Comparação é baseada na posição de 2 avaliadores e do próprio avaliado – sugestão de constituição de um comitê formado por pessoas com deficiência, avaliadores, pesquisadores e governo para definir e deliberar sobre o padrão ideal para caracterização da deficiência e comparar com o padrão ouro apontado pela pesquisa de validação.

Uma parcela do grupo entendeu que o estudo realizado pela UnB, apesar de ser um excelente estudo que aponta os pontos do IFBr-M a serem complementados, não pode ser considerado uma validação completa, uma vez que o próprio IFBr-M, método a ser validado, foi utilizado como referência para sua validação, acrescido de validação externa à soma de pontos de sua escala, sendo que essa escala externa não fora validada anteriormente como padrão ouro ou "verdade absoluta". Ou seja, o padrão ouro de comparação, que seria a "verdade absoluta" contra o qual o IFBr-M foi supostamente validado, além de não ter sido anteriormente validado, é parcialmente baseado no próprio IFBr-M, assim se tratando de elevado viés na validação. Ora, não se pode usar um método para se validar o próprio método, mesmo que parcialmente. Destarte, na falta de um gabarito, ou de uma "verdade absoluta" devidamente validada na caracterização de deficiências, inclusive para se efetivamente validar o próprio IFBr-M, a solução proposta pela parcela do grupo foi a de se criar um comitê técnico com participação dos representantes das pessoas com deficiência, dos avaliadores, dos professores responsáveis pela pesquisa, e de membros técnicos do governo, para então se definir a gravidade material de cada deficiência a ser avaliada, e assim contra esse gabarito padrão ouro, comparar e realmente validar os outros métodos, inclusive o IFBr-M.

Outro ponto importante que parcela do grupo indica como grave defeito no estudo de validação é o elevado viés de seleção da amostra inicial de pessoas sem deficiência, Destarte não tendo sido realizada validação integral, pois o estudo não foi desenhado para validar a robustez do IFBr-M em distinguir entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência, e sim para validar a acurácia do IFBr-M em discriminar entre as distintas gravidades de deficiências. Essa parte do grupo explana que a pesquisa apresenta apenas correlações claras de especificidades e sensibilidades entre as diferentes caracterizações de deficiência, ou seja, os erros nas caracterizações das deficiências graves, moderadas e leves, e que em nenhum momento o estudo apresenta a verificação absoluta das especificidades e sensibilidades quando se compara todo o público sem deficiência com o público que possui quaisquer tipos de deficiências. Também se observa que o estudo não apresenta relação comparativa de especificidade entre o

público sem deficiência com qualquer interesse, e o público sem deficiência e sem interesse, assim não avaliando a robustez do método teórico aplicado com os vieses do mundo real. Nesse sentido, o grupo sugere estudo complementar definição de espaço amostral contendo maior número de casos pertencentes ao intervalo que separa a ausência e a presença de qualquer grau de deficiência, com foco no ajuste, validação e avaliação de falsos positivos do método no universo prático de pessoas sem deficiência. Também sugere que o público avaliado seja aquele pertencente ao universo real de pessoas em busca de benefícios em função de uma eventual caracterização como pessoal com deficiência.

Importante também citar que essa parcela do grupo entende que, conforme demonstrado numericamente pelo próprio estudo realizado pela UnB, o IFBr-M, tal qual se encontra, já não mais pode ser ajustado para que se reduzam os elevados falsos positivos de deficiências leves ou os inaceitáveis falsos negativos de deficiência grave, ambas regiões de elevada preocupação. O grupo explana que, conforme os gráficos chamados de curva ROC obtidos pelo estudo da UnB, o método atual foi ajustado, conforme suas limitações, e, justamente por isso, as curvas ROC mostram que futuro ajuste do método, sem algum novo complemento com ferramenta adicional, impactará negativamente na sensibilidade do método. Essa parcela do grupo entende que as curvas mostram que para se reduzir minimamente o elevado número de falsos positivos, e para se ajustar melhor as discrepâncias na caracterização das deficiências graves, o método terá elevado impacto na sua caracterização de verdadeiros positivos e verdadeiros negativos, assim concluindo-se que o atual método não pode mais ser ajustado da forma que se encontra, assim necessitando de ferramentas adicionais e nova validação prévias à sua implantação, mesmo que gradual, no mundo fático.

Entretanto, parte do grupo defende que a taxa de falsos negativos e falsos positivos pode ser corrigida com medidas de gestão, como revisões administrativas, capacitações contínuas de profissionais, monitoramento dos resultados das avaliações e outros mecanismos assemelhados.

Algumas sugestões foram levantadas por parte dos especialistas, para avaliar o desempenho do instrumento em aplicações de larga escala sem a necessidade de validar um novo instrumento, por entenderem que a validação do IFBr-M foi adequada. Uma delas é a implantação gradual do IFBr-M, iniciando a aplicação do instrumento por políticas que atualmente não fazem uso de instrumento de avaliação e utilizam o laudo médico como caracterizador da deficiência. À medida que essas avaliações fossem realizadas, os dados poderiam ser analisados e os ajustes realizados antes de se ampliar para todo o rol de políticas impactadas pelo modelo único de avaliação da deficiência, especialmente aquelas com maior impacto orçamentário.

Entretanto, parte do grupo discorda dessa solução, ponderando que ela poderá levar à judicialização, em razão da existência de dois modelos de avaliação concomitantemente.

Mas isso também foi questionado por outros especialistas no grupo, tendo em vista que atualmente já há modelos de avaliação da deficiência diferentes operando e é preciso averiguar se a coexistência de modelos distintos será causa relevante de judicializações no caso de implantação gradual do instrumento IFBr-M.

Outro ponto levantado foi o tempo e os recursos que serão dispendidos para validar um novo instrumento, considerando que a vigência da lei caducou e uma nova validação poderá necessitar de, minimamente, alguns meses para ser finalizada.

Tal argumento foi refutado por parcela do grupo, pois o principal é ter segurança na implantação do modelo único e evidências que ele de fato serve ao que se propõe.

3) Análise de comparativa de bases de dados e teste do IFBr-M em condições reais de uso

O grupo considera importante fazer a análise comparativa das bases de dados da avaliação do BPC, a partir das unidades de classificação da CIF, que são comuns a ambos os instrumentos. Dessa forma se terá um comparativo inicial sobre o comportamento do IFBr-M em relação ao instrumento do BPC, a partir de dados de pessoas avaliadas para concessão do benefício.

Algumas categorias serão difíceis de recuperar informações, como o trabalho, que não tem categorias correspondentes no BPC, assim como resgate de informações para aplicar o Fuzzy, sem o qual não é possível comparar conclusões.

Parte do grupo considera fundamental, para avaliar a adequação do IFBr-M, a realização de estudos em condições reais de uso. Esses estudos se traduzem na aplicação de dois instrumentos na mesma pessoa, o Instrumento do BPC e o IFBr-M, a fim de comparar os resultados de ambos. Essa aplicação ocorreria em requerentes do INSS, que se submeterão à avaliação da deficiência para concessão do BPC.

Em relação a essa proposta, foram comentados aspectos éticos, como a necessidade de submissão à comitê de ética em pesquisa, tendo em vista que a população que se submeterá ao estudo é vulnerável.

Além disso, será necessária a realização de um estudo amostral para definir qual é amostra adequada para garantir a validade do estudo, considerando os tipos de deficiência (física, intelectual, mental, visual e auditiva) e as faixas etárias.

Será ainda necessário capacitar os aplicadores que não têm familiaridade com os instrumentos de avaliação, em especial ao IFBr-M, que é um instrumento ainda não utilizado, embora se assemelhe ao IFBr-A quanto à sua estrutura.

O INSS, por meio de seu presidente, informou que os estudos amostrais poderiam ser realizados utilizando a estrutura daquele órgão.

Considerando a complexidade desse estudo, foi destacado um grupo de especialistas de ambos os GTEs, para discutirem e definirem o desenho dos estudos e como eles serão executados. Importante destacar que, a depender da amostra definida e de outras questões, o estudo pode se estender por tempo superior ao prazo de 90 dias de funcionamento do GTI, sendo necessária a prorrogação do prazo do grupo de trabalho.

Espera-se que, com os estudos comparativos que serão realizados pelo Subgrupo Misto de especialistas de ambos os GTEs, poderá se ter elementos adicionais para o processo decisório quanto à definição do IFBr-M no modelo único de avaliação ou da necessidade de validação de um novo instrumento.

4) Políticas Públicas impactadas pelo instrumento único de avaliação da deficiência (âmbito federal)

Conforme o levantamento inicial de políticas que seriam afetadas pelo modelo único de avaliação da deficiência, o grupo chegou à conclusão de que três não serão impactadas:

- Prioridade na devolução do Imposto de Renda
- Isenção de Imposto de Renda de Pessoa Física
- Pensão por Talidomida

As seguintes seriam impactadas:

- Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência
- Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência
- Reserva de cargos em concursos públicos
- Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais
- Passe Livre Interestadual
- Reabilitação Profissional[1]
- Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS
- Aposentadoria de servidor com deficiência
- Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental
- Horário especial para servidor com deficiência
- Horário especial para servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência
- Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência
- Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar
- Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel
- Isenção de IOF
- Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos
- Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)
- Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social
- Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência
- Auxílio-Inclusão (a regulamentar)
- Meia-Entrada em espetáculos artístico-culturais e esportivos
- Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência
- Residências Inclusivas*
- Moradia para a Vida Independente (a regulamentar)*
- Centros-dia de Referência*
- Serviços de reabilitação em saúde*

[1] Vale ressaltar que o reabilitado pode não ser pessoa com deficiência. Ele tem benefício de inserção no mercado de trabalho facilitado e pode ocupar a vaga de pessoa com deficiência por determinação legal e não técnica.

- Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes*

Não é necessária a certificação da deficiência para acesso (caráter universal)

Cinco das políticas impactadas não necessitariam de avaliação para o acesso, por se tratar de políticas de acesso universal. No entanto, poderiam ser impactadas na medida que poderiam ser utilizadas como ferramenta para acompanhamento dos usuários e das políticas implementadas.

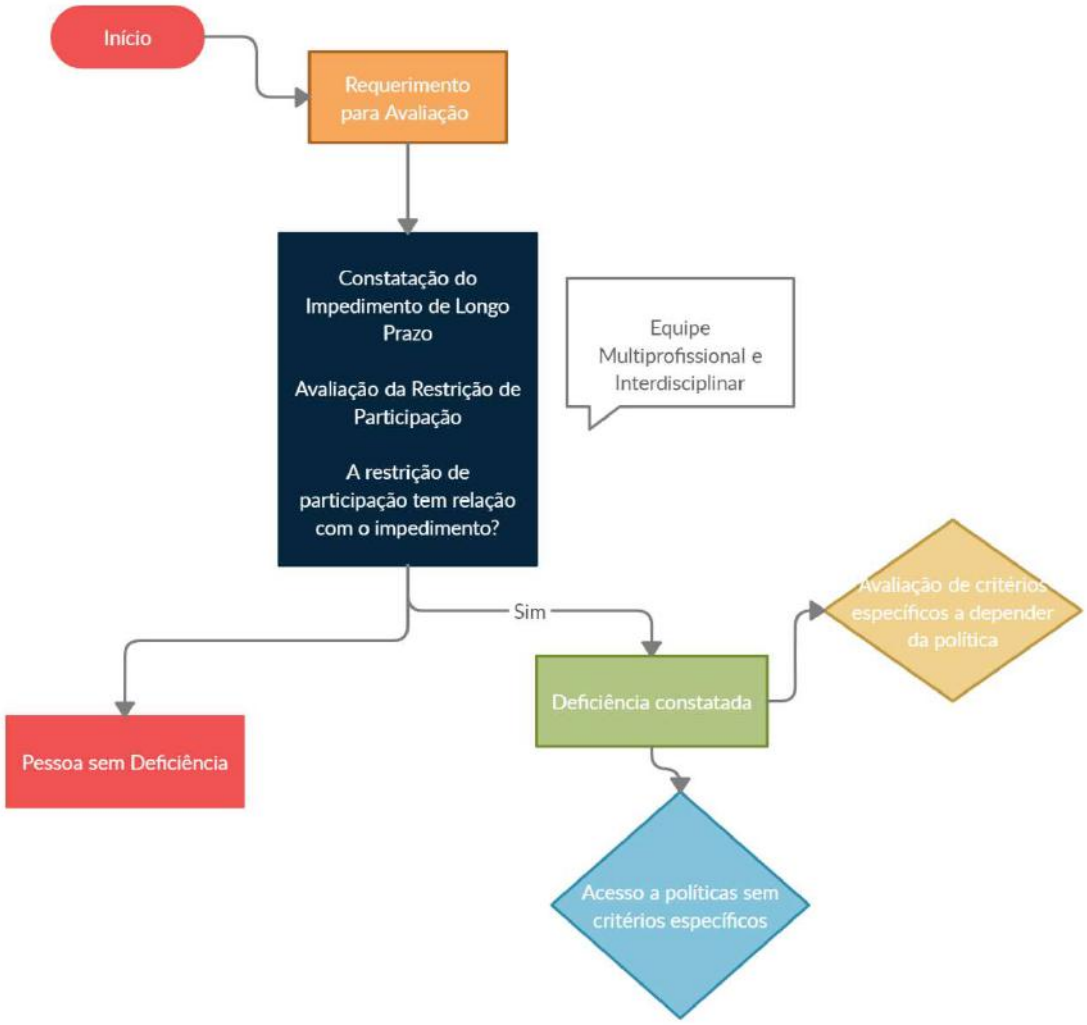
Cenários em relação ao Instrumento de Avaliação

Cenário A – Implantação gradual do IFBr-M

O IFBr-M validado será o instrumento a ser utilizado para o modelo único de avaliação da deficiência.

As pessoas que desejam ter sua condição de deficiência reconhecida e certificada pelo estado fazem o requerimento da avaliação nos equipamentos públicos definidos para realizar a solicitação de avaliação.

A equipe multiprofissional e interdisciplinar realizaria a avaliação da deficiência utilizando o IFBr-M, conforme o fluxo abaixo:



A implantação poderia ser feita por pilotos, iniciando a aplicação por políticas que atualmente não utilizam instrumentos de avaliação, e o desempenho do instrumento seria avaliado e as correções que se mostrarem necessárias seriam realizadas. Após os ajustes, o instrumento seria expandido para todas as políticas impactadas pelo modelo único de avaliação da deficiência.

Esse processo evitaria retrabalho e mais gastos com o processo de validação, além de permitir uma implantação inicial mais rápida.

Porém, a necessidade de ajustes poderia gerar uma implantação plena do modelo único de avaliação da deficiência mais demorada.

Além disso, alguns especialistas entendem que haverá judicialização em razão da coexistência de modelos diferentes de avaliação da deficiência.

Cenário B – Validação de novo instrumento

Nesse cenário, a partir da validação do IFBr-M, seriam criados complementos e um novo instrumento passaria por processo de validação.

Uma nova pesquisa de validação seria realizada, adicionando ao IFBr-M etapas adicionais que fariam a valoração das estruturas e funções do corpo e de fatores ambientais.



Para parte dos membros do GTE, a realização de uma nova validação daria mais segurança em relação ao poder discriminatório do IFBr-M, permitindo que a implantação possa ocorrer em todas as políticas ao mesmo tempo.

Esse processo implicaria na necessidade de um novo processo de validação, com todas as suas etapas (validação de conteúdo, face e acurácia), estudos amostrais e estatísticos, e submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

A implantação poderia ser feita de uma só vez em todas políticas impactadas pelo modelo único de avaliação, reduzindo os problemas relacionados à judicialização. Mas a implantação do modelo único de avaliação da deficiência seria mais demorada, em razão do tempo necessário para finalizar a nova validação.

Importante destacar que o resultado dessa validação pode não ser o esperado e poderá ensejar novo processo de validação.

RELATÓRIO – GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO - NORMATIVO

A Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU, internalizada no ordenamento jurídico brasileiro com equivalência de emenda à Constituição, na forma prevista no art. 5º, §3º, da Constituição Federal, conforme Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em seu art. 1, estabelece definição de pessoas com deficiência fundada no conceito social da deficiência, nos seguintes termos:

> Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Por sua vez, a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), em seu art. 2º, §1º, assumindo a mesma definição de pessoas com deficiência contida na Convenção da ONU (e, portanto, parte formal integrante da Constituição brasileira, face sua forma de internalização no ordenamento jurídico pátrio), estabelece a forma de avaliação biopsicossocial da deficiência, a ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, tendo sido determinado, ainda, no §2º do mesmo artigo de lei, a criação de instrumentos para avaliação da deficiência pelo Poder Executivo, conforme a redação que segue:

> Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.
>
> § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

> I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
>
> II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
>
> III - a limitação no desempenho de atividades; e
>
> IV - a restrição de participação.
>
> § 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

Nesse sentido, e para dar fiel execução ao disposto no art. 2º da Lei nº 13.146/2015, o Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020, instituiu o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. As competências de tal Grupo de Trabalho são aquelas previstas no art. 2º do referido Decreto nº 10.415/2020, nos seguintes termos:

> Art. 2º Ao Grupo de Trabalho Interinstitucional compete formular propostas sobre:
>
> I - ato normativo para regulamentar o art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que conterá os instrumentos e o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência; e
>
> II - a criação e a alteração de atos normativos necessários à implementação unificada da avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.
>
> Parágrafo único. O Grupo de Trabalho Interinstitucional utilizará o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado como instrumento-base para a elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência.

Conforme permissão trazida pelo art. 6º do Decreto nº 10.415/2020, foi criado o Grupo Técnico Especializado normativo, com o objetivo de elaborar estudos técnicos e realizar levantamento de informações acerca das mudanças normativas necessárias

para a implementação unificada da avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.

Verifica-se, dessa forma, que o objetivo do presente Grupo Técnico Especializado é especificamente realizar estudos e levantamento de informações para proposta de ato normativo regulamentando o art. 2º da Lei nº 13.146/2015, bem como verificar quais as alterações normativas necessárias para que o instrumento da avaliação biopsicossocial da deficiência seja implementado de forma unificada na Administração Federal; como se nota, foge ao escopo deste Grupo de Trabalho a avaliação do mérito das políticas públicas destinadas à inclusão das pessoas com deficiência, faltando-lhe suporte normativo para tanto, sendo de sua atribuição, unicamente, verificar quais as alterações normativas necessárias para a efetiva implementação do modelo unificado de avaliação biopsicossocial da deficiência, modelo este a ser definido no âmbito do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, instituído pelo art. 1º do Decreto nº 10.415/2020, respeitando as diretrizes trazidas pelo §1º do art. 2º da Lei nº 13.146/2015.

METODOLOGIA DE TRABALHO ADOTADA

Tendo em vista os objetivos do trabalho do GTI definidos pelo supracitado art. 2º do Decreto nº 10.415/2020, entendeu-se que haveria necessidade de se trabalhar em uma proposta de normativo para institucionalizar no âmbito da Administração Pública Federal o modelo de avaliação proposto, incluindo os instrumentos necessários à sua aplicação (desenvolvido pelo GTI), bem como seria necessário se trabalhar na eliminação de incompatibilidades porventura existentes nas normas que estabelecem as políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência, e que poderiam prever maneiras diversas de avaliação da deficiência, o que geraria insegurança jurídica e impactaria a efetividade do novo modelo a ser proposto pelo GTI.

Segundo o art. 84, IV e VI, “a”, da Constituição Federal, compete privativamente ao Presidente da República sancionar, promulgar e fazer publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para sua fiel execução, assim como dispor, mediante

decreto, sobre a organização e funcionamento da administração federal, quando não implicar aumento de despesa nem criação ou extinção de órgãos públicos. Nesse sentido, é de se entender que caberá ao Senhor Presidente da República, mediante Decreto, instituir a regulamentação do art. 2º da Lei nº 13.146/2015, de forma a delinear o método de avaliação da deficiência ali descrito, inclusive instituindo, nos termos do §2º do mesmo dispositivo de lei, instrumentos que possibilitem tal avaliação.

Face a competência constitucional do Presidente da República de dirigir a Administração Pública Federal, conforme art. 76 da Lei Maior, entende-se que a expedição de Decreto regulamentando o art. 2º da Lei nº 13.146/2015 terá o condão de vincular toda a atuação do Poder Executivo Federal, sendo a aplicação do instrumento ali eventualmente previsto obrigatória nos termos determinado pelo Chefe do Poder Executivo Federal.

Outrossim, reconhece-se que, para maior segurança jurídica, bem como para fomentar a efetivação adequada dos direitos das pessoas com deficiência, é de rigor identificar-se eventuais normas que sejam incompatíveis com a nova regulamentação a ser dada à questão, o que poderá evitar, inclusive a judicialização das políticas públicas.

O Grupo de Trabalho iniciou seus trabalhos, assim, partindo de mapeamento realizado pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, acerca das políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência. Foram identificadas 31 (trinta e uma) políticas públicas cujo destinatário é tal grupo vulnerável.

Em seguida, para facilitar o trabalho de pesquisa e avaliação, essas 31 (trinta e uma) políticas públicas foram agrupadas em 6 (seis) grupos temáticos, quais sejam: 1) serviço público; 2) cidadania/trabalho; 3) tributos; 4) Moradia/educação superior e atendimento prioritário; 5) Saúde/trabalho; 6) Assistência/Previdência.

Vejamos a tabela contendo as políticas públicas e seus respectivos grupos:

GRUPO 1 - SERVIÇO PÚBLICO
Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas à pessoas com deficiência

Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção
Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental
Horário especial para servidor com deficiência
Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência
Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência
Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar
Reserva de cargos em concursos públicos
GRUPO 2 - CIDADANIA/TRABALHO
Meia-Entrada
Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos
Passe Livre Interestadual
Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência
Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência
GRUPO 3 - TRIBUTOS
Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel
Prioridade na devolução do Imposto de Renda
Isenção de IOF
Isenção de IR
GRUPO 4 - MORADIA/EDUC. SUPERIOR E ATEND. PRIORITÁRIO

Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência
Residências Inclusivas
Centros-Dia de Referência
Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais
Atendimentos prioritários (processual, procedimentos, etc)
GRUPO 5 - SAÚDE/TRABALHO
Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita.
Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil
Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)
GRUPO 6 - ASSISTÊNCIA/ PREVIDÊNCIA
Benefício de Prestação Continuada
Pensionista com Deficiência
Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS
Reabilitação Profissional
Auxílio-Inclusão
Pensão por talidomida

Os integrantes do GTE foram, então, divididos em 6 (seis) subgrupos, cada um com a atribuição de verificar especificamente um dos grupos de políticas públicas pré-estabelecido, pesquisando suas normas de regência e estudando a necessidade ou não de alteração para que se tornasse compatível com o modelo de avaliação da deficiência estabelecido pela Lei nº 13.146/2015, bem como pela nova regulamentação que será objeto da proposta do GTI.

No andamento dos trabalhos, um novo grupo de normas foi incluído (grupo 7), um grupo atinente a normas gerais que poderiam impactar a avaliação da deficiência, em razão de uma definição do grupo das pessoas com deficiência incompatível com a Convenção da ONU e com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Tendo em vista os objetivos estritos do trabalho fixado pelo art. 2º do Decreto nº 10.415/2020, o GTE deliberou por pautar seu trabalho exclusivamente na verificação da necessidade de alterações normativas que interferissem especificamente na avaliação da deficiência, sem entrar no mérito, portanto, dos requisitos de acesso a cada política pública, os quais devem ser fixados pelo Congresso Nacional e pelas esferas competentes do Poder Executivo, não cabendo a este GTE imiscuir-se nessa seara.

Também deliberou-se que, para uma maior efetividade dos trabalhos, bem como para que se mostrasse possível sua conclusão no prazo determinado pelo Decreto nº 10.415/2020, a melhor estratégia de atuação seria a de intervenção mínima no arcabouço normativo existente, inclusive face a existência de normas que necessitarão de alteração pelo Congresso Nacional, em processo legislativo mais complexo; dessa forma, caso a norma de instituição da política pública não tratasse do método de avaliação da deficiência, ou mesmo se o método já fosse compatível com as diretrizes trazidas pelo art. 2º da Lei nº 13.146/2015, optou-se por não se recomendar a alteração na respectiva norma, entendendo-se que a regulamentação a ser estabelecida pelo Decreto do Senhor Presidente da República será suficiente para vincular a atuação da Administração Pública Federal.

De outro lado, no caso de norma que previsse avaliação da deficiência em desacordo com o modelo estabelecido pelo art. 2º da Lei nº 13.146/2015, o GTE optou por recomendar sua revisão. Outrossim, entendeu-se mais adequado que, quando necessária a alteração normativa, deverá haver referência ao art. 2º, §§1º e 2º da Lei nº 13.146/2015, e não exatamente à nova regulamentação a ser editada. Explica-se: tendo em vista que a regulamentação a ser editada forçosamente deverá ser compatível com o disposto na Lei nº 13.146/2015 (os Decretos, nos termos do art. 84, IV, da Constituição Federal, são expedidos para fiel execução da lei), bem como que tal regulamentação vincula toda a Administração Pública, a remissão à lei atende perfeitamente à função de

compatibilizar a avaliação feita no âmbito de cada política pública ao novo modelo a ser instituído. A remissão à lei (e não à regulamentação) tem uma vantagem adicional, qual seja, caso seja alterada a regulamentação (mediante, por exemplo, uma atualização dos métodos de avaliação ou de seus instrumentos), não haverá nova necessidade de alteração de todos os normativos que fazem menção à avaliação da deficiência; haverá um ganho de eficiência e de segurança jurídica.

Face o acima exposto, de que basta nesses casos de sugestão de alteração normativa que o dispositivo faça referência ao art. 2º, §§1º e 2º, da Lei nº 13.146/2015, entendeu-se que, mais importante do que simplesmente fixar uma proposta de redação nova para os dispositivos (já que tal proposta possivelmente deverá seguir uma padronização, com a mencionada referência ao art. 2º, §§1º e 2º, da Lei nº 13.146/2015), já que tal proposta de redação deverá ser formulada, em caso de normas a serem editadas pelo Presidente da República, nos termos do art. 30 do Decreto nº 9.191/2017, pelo Ministério que irá encaminhar a sugestão de alteração, seria apontar os fundamentos que ensejam tal necessidade de modificação (ou de não modificação), de forma a subsidiar o proponente de forma adequada para a elaboração de sua proposta. Ressalte-se que, nos termos do art. 25 do citado Decreto nº 9.191/2017, compete à Subsecretaria para Assuntos Jurídicos da Secretaria-Geral da Presidência da República a análise jurídica da proposta de alteração normativa nos casos de atos a serem expedidos pelo Presidente da República, cabendo, outrossim, à Consultoria Jurídica de cada Ministério a análise de proposta de normas de competência de seu respectivo Ministro.

Anote-se que, mesmo nos casos em que se sugeriu alteração normativa para compatibilização do novo método e do novo instrumento de avaliação, tomou-se o cuidado de não eliminar ou alterar disposições que fixassem requisitos específicos de cada política pública porventura existentes (no caso do saque do FGTS para compra de próteses, por exemplo, não basta a comprovação da deficiência e de seu grau, mas deve ser comprovada a necessidade da prótese).

As conclusões de cada grupo foram discutidas e aprovadas pelo GTE, em reuniões virtuais realizadas periodicamente.

Da mesma forma, o grupo discutiu e aprovou uma proposta preliminar de ato normativo instituindo o modelo de avaliação e o instrumento (evidentemente a ser complementado pelos documentos técnicos a serem produzidos pelo GTI). Também nessa proposta as mesmas diretrizes acima, de não intervenção no mérito das políticas públicas, foram observadas, de forma que a regulamentação deverá interferir unicamente na avaliação da deficiência, e não nos requisitos de cada política pública, o que, repita-se, é de competência do Congresso Nacional e de outras esferas do Poder Executivo.

Cumpre anotar que o GTE identificou que é muito relevante a questão da definição de que órgão irá aplicar o novo modelo de avaliação (o que ainda não se encontrava definido quando da elaboração dos trabalhos), que deverá servir para diferentes finalidades, ou seja, para o acesso a diversas políticas públicas.

Assim, como anexo deste relatório, segue a tabela com a avaliação acerca da necessidade de alteração ou não de normas das diversas políticas públicas, com as respectivas justificativas e observações adicionais, conforme o caso. Segue anexo, ainda, documento contendo sugestão de conteúdo mínimo de Decreto a ser editado instituindo o novo modelo de avaliação e o instrumento (e que deverá receber as necessárias adaptações quando estiver concluído o modelo de avaliação e de instrumento). Também como anexo a este Relatório, segue documento com consolidação das normas com sugestão de alteração, com proposta de redação dos dispositivos.

Ressalta-se, por fim, que as indicações de alterações normativas propostas, bem como de ato instituindo o novo modelo de avaliação e instrumento são sugestões deste Grupo de Trabalho para subsidiar os Ministérios e Órgãos competentes para sua edição ou propositura, a serem, evidentemente, analisadas quanto ao seu mérito e juridicidade pelas instâncias e assessorias jurídicas competentes.

Tipo de Serviço ou Benefício	Legislação relacionada	Necessidade de alteração	Justificativa	Observação
GRUPO 1 - SERVIÇO PÚBLICO				
Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas à pessoas com deficiência	Lei nº 8.112/1990, art. 5º, §2º.	Não	Dispositivo não trata da avaliação da pessoa com deficiência e nem as define para fins da política pública.	Devemos apontar que o art. 5º, §2º, da Lei nº 8.112/1990 é incompatível com o atual regramento constitucional dos direitos das pessoas com deficiência. Em princípio, todos os cargos são acessíveis às pessoas com deficiência, o que somente não ocorrerá se comprovado, no caso concreto, que a pessoa não atende a algum requisito estabelecido em lei para o exercício do cargo (e, dessa forma, isso independe de ser o candidato pessoa com deficiência ou não). A lei não pode limitar a priori a participação da pessoa com deficiência no concurso em razão de uma abstrata incompatibilidade das funções a serem desempenhadas com a deficiência
	Lei nº 8.112/1990, art. 14.	Não	O dispositivo, em princípio, não se destina às pessoas com deficiência, mas determina que todos aqueles que forem tomar posse em cargo público (pessoas com ou sem deficiência) deverão ser submetidas a prévia inspeção médica oficial, de forma a verificar sua condição de saúde no momento do início da assunção do cargo público, sendo que o parágrafo único determina que somente poderá tomar posse aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo. Assim, em princípio, a instituição de um novo modelo de avaliação da deficiência e de um instrumento que o operacionalize não interfere no dispositivo.	Embora o dispositivo trate de norma destinada a todos os que forem tomar posse em cargo público, deve-se considerar se deve ser feita a ressalva, em um novo parágrafo, de forma pedagógica, de que no caso de pessoa com deficiência, a avaliação deverá se dar em conformidade com o previsto no art. 2º, §§1º e 2º, da Lei nº 13.146/1990; o julgamento de aptidão ísica e mental para o exercício do cargo, à evidência, deverá levar em consideração a condição de pessoa com deficiência do servidor.
	Decreto nº 3.298/1999, art. 16, §2º.	Sim	Embora o texto vigente atribua a avaliação a uma equipe multidisciplinar de saúde, sugere-se que o dispositivo seja alterado para remissão direta ao instrumento de avaliação, para que não haja dúvidas interpretativas. Equipe multidisciplinar prevista na Lei nº 13.146/2015 não é exclusivamente de saúde. A deficiência, assim, deverá ser avaliada de acordo com o previsto no art. 2º, §§ 1º e 2º, da Lei nº 13.146/2015.	
	Decreto nº 9.508/2018, art. 5º.	Não	Já há referência à avaliação de que trata o art. 1º do art. 2º da Lei nº 13.146/2015	
Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção	1) Lei nº 8.112/1990, art. 186; 2) Lei Complementar nº 142/2013, arts. 4º e 5º	1) Não; 2)Sim	1)Dispositivo não trata de avaliação da deficiência; necessidade de edição de lei complementar, conforme previsto no art. 40, §4º-A da Constituição (EC 103/2019) 2) Adaptação dos arts. 4º e 5º para fazer referência à avaliação biopsicossocial, nos termos do diposto no art. 2º, §§ 1º e 2º da Lei nº 13.146, de 2015.	
Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental	1)Lei nº 8.112/1990, art. 217, inciso IV, alínea "d"; 2) Lei nº 8.112/1990, art. 222, inciso III e §§ 1º e 8º.	Não	Especificamente em relação à implementação de instrumento único, não há necessidade de alteração. Dispositivos não tratam da forma de aferição da deficiência.	
Horário especial para servidor com deficiência	Lei nº 8.112/1990, art. 98, §2º.	Sim	A avaliação da deficiência deverá se dar em conformidade com o previsto no art. 2º, §§1º e 2º, da Lei nº 13.146/2015	
Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência	Lei nº 8.112/1990, art. 98, §§ 2º e 3º.	Sim	A avaliação da deficiência deverá se dar em conformidade com o previsto no art. 2º, §§1º e 2º, da Lei nº 13.146/2015 (alteração no §2º, como já indicado)	
Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência	Decreto nº 5.992/2006, art. 3º-B	Sim	No §1º menção a "perícia médica oficial no Subsistema (...)" possivelmente não é compatível com a avaliação trazida pela LBI; talvez seja o caso de adaptar a redação para algo como "A concessão de diárias para o acompanhante será autorizada a partir de análise do resultado de avaliação biopsicossocial realizada por equipe multidisciplinar, mediante utilização de instrumento desenvolvido pelo Poder Executivo nos termos do art. 2º, §2º, da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que ateste a necessidade de acompanhante no deslocamento do servidor". Também no §2º seria aconselhável retirar menção a "perícia"	
Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar				
Reserva de cargos em concursos públicos	Decreto nº 9.508/2018, arts. 3º e 5º	Não	Já há referência à avaliação de que trata o art. 1º do art. 2º da Lei nº 13.146/2015	
GRUPO 2 - CIDADANIA/TRABALHO				
	Lei nº 12.933/2013, art. 1º, §8º	Não	Disposição não trata da avaliação	

Meia-Entrada	Decreto nº 8.537/2015, art. 6º, §§ 2º e 4º	Não	Não há necessidade de alteração da norma; talvez indicar que deverá ser feito regulamento que institua documento de identificação da pessoa com deficiência; se não houver regulamento, talvez possa haver substituição pelo laudo	
Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos				
Passe Livre Interestadual	Lei nº 8.899/1994	Não	Disposição não trata da avaliação	
	Decreto nº 3.691/2000	Não	Disposição não trata da avaliação	
	Portaria MT Nº 261 DE 03/12/2012	Sim	Necessidade de Adequar: 1) Art. 2º, Inciso I e Parágrafo único : "Art. 2º Para fazer jus ao benefício, o interessado deverá comprovar: I - por meio de atestado médico, ser pessoa com deficiência; Parágrafo único. Aos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, previsto no inciso V do art. 203 da Constituição Federal, normatizado nos artigos 20, 21 e 21-A da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e regulamentado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, devidamente enquadrados no Código (B87), como pessoas deficientes, serão dispensados da comprovação da renda mensal bruta familiar e da apresentação do atestado médico, exigidos neste artigo ---oOo--- (Parágrafo acrescentado Portaria/GM nº 578, de 08/11/2019, publicada no Diário Oficial da União de 11/11/2019)." 2) Item "DO REQUERIMENTO", Art. 3º: "Art. 3º O benefício deverá ser requerido junto ao Ministério dos Transportes ou aos órgãos ou entidades conveniadas em formulário instituído para este fim.[...] 2° O modelo de Requerimento de Habilitação, de Declaração de Composição e Renda Familiar, e de Atestado Médico - Atestado da Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde-SUS, poderão ser retirados junto ao Ministério dos Transportes, aos órgãos ou entidades conveniadas ou pela Internet, na página http://www.transportes.gov.br." 3) Item "DO CADASTRAMENTO E DA DOCUMENTAÇÃO", Art. 4º, Inciso IV, alineas a, b, c: : "Art. 4º O interessado no benefício do passe livre no transporte interestadual da pessoa com deficiência deverá encaminhar ao Ministério dos Transportes, aos órgãos ou às entidades conveniadas, os documentos necessários ao cadastramento no Programa Passe Livre, conforme relacionados a seguir:	á por atestado médico, mas por avaliação biopsicossocial nos terr
	PORTARIA Nº 502, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2009	Sim (Revogação integral)	Adequar o modelo de "ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DESAÚDE" para a concessão do Passe Livre instituído na forma do anexo da portaria. O modelo proposto para ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DESAÚDE não está pautado na de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. O Art. 1º "Instituir, na forma do Anexo desta Portaria, o "ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DESAÚDE", a ser utilizado para a concessão do Passe Livre."	
	Portaria Interministerial nº 003/2001, de 10/04/2001, dos Ministros de Estado dos Transportes, da Justiça e da Saúde, art. 7º	Sim	Art. 7º A deficiência ou incapacidade deve ser atestada por equipe multiprofissional do Sistema Público de Saúde. Parágrafo único: Caberá à Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, definir o formulário necessário para a identificação da deficiência	deverá ser avaliada nos termos do art. 2º, §§ 1º e 2º, da Lei nº 13
Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência				
Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência	Lei nº 8.213/1991	Não	Lei não trata da avaliação da deficiência	
	IN 98, DE 15 DE AGOSTO DE 2012, arts. 7º e 8º	Sim	Necessidade de alteração. Caracterização da pessoa com deficiência na forma prevista no art. 2º, §§ 1º e 2º, da Lei nº 13.146/2015 - avaliação nos moldes da LBI ou documento que comprove tal avaliação deve ser suficiente para caracterizar pessoa como pessoa com deficiência	
Acessibilidade no processo de obtenção da Carteira Nacional de Habilitação	Lei nº 9.503/1997, art. 147-A	Não	Dispositivos tratam unicamente da necessidade de que se assegure a acessibilidade de comunicação em todas as etapas do processo de habilitação; não tratam da avaliação da deficiência.	

GRUPO 3 - TRIBUTOS				
Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel	Lei nº 8.989/1995, art. 1º	Sim	Quanto aos tipos de deficiência, por se tratar do mérito da política pública, não compete ao GTE formular sugestões de alteração. No entanto, o §4º do art. 1º, em alguma medida, trata da avaliação da deficiência. Seria o caso de sugerir sua compatibilização com o atual regramento, estabelecendo que a avaliação da deficiência deverá observar o disposto no art. 2º, §§ 1º e 2º, da Lei nº 13.146/2015.	O art. 1º, IV, da Lei nº 8.989/1995 destina a isenção do IPI para as pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas; quanto aos grupos de pessoas com deficiência a que se destina a política pública, não há consideração a ser feita, em razão do escopo do Grupo de Trabalho, pois se trata do mérito da política pública. Outrossim, devemos anotar que os §§1º e 2º do art. 1º da Lei nº 8.989/1995 parecem estabelecer situações que se equiparem à deficiência física (§1º) e à deficiência visual (§2º); tais dispositivos foram editados em um momento em que a deficiência era caracterizada unicamente pelo critério médico, havendo definição, por decreto, das situações que caracterizavam a deficiência, em rol exaustivo. Nesse sentido, verifica-se que o
	Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2, de 21 de novembro de 2003, art. 3º	Sim	Regramento da portaria não é compatível com o sistema de avaliação única proposto; deverá ser editada nova norma pelos ministérios respectivos. Deverá ser utilizada a avaliação realizada com fundamento no art. 2º, §§1º e 2º da Lei nº 13.146/2015, podendo a norma, outrossim, estabelecer critérios para fruição do benefício legal (como grau da deficiência, por exemplo); tal questão, outrossim, por interferir na política pública, deverá ser tratada no âmbito dos Ministérios envolvidos.	
	INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 1769, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2017 (ISENÇÃO DE IPI E IOF PARA VEÍCULOS AUTOMOTORES) - arts. 2º e 3º	Sim	Há necessidade de alteração da norma para compatibilizá-la com o novo método de avaliação da deficiência. Sugere-se, assim, que os §§ 1º e 2º do art. 2º sejam alterados para algo como “a avaliação da deficiência deverá ser realizada nos termos do art. 2º, §§1º e 2º, da Lei nº 13.146/2015”. Caso alterado o §1º do art. 2º, estará o art. 3º, que a ele faz referência, compatibilizado. Devemos anotar, ainda, que este Grupo entendeu ser necessária a revogação da Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2, de 21 de novembro de 2003, que o art. 2º, §2º, faz referência.	Vide observação acerca dos §§ 1º e 2º do art. 1º da Lei nº 8.989/1995.
Prioridade na devolução do Imposto de Renda	Lei nº 9.784/1999, art. 69-A, II	Não	Não há necessidade de alteração em razão do novo modelo de avaliação. Disposição apenas determina que a pessoa deverá fazer prova de sua condição, sem especificar como. Laudo biopsicossocial deverá ser aceito.	
Isenção de IOF	Lei nº 8.383/1991, art. 72, IV	Sim	Há necessidade de alteração para compatibilizar com avaliação biopsicossocial da deficiência prevista no art. 2º da Lei nº 13.146/2015. Sugere-se, no inciso V, retirar a menção a laudo de perícia médica ou acrescentar “avaliação biopsicossocial, nos termos do art. 2º da Lei nº 13.146/2015”; na alínea “a”, seria o caso de trocar a expressão “tipo de defeito físico” por “tipo (e grau) de deficiência”. Não cabe ao GTE sugerir manutenção ou não da necessidade de que a avaliação especifique a total incapacidade para dirigir veículos convencionais (alínea “a) e a habilitação do requerente para dirigir veículo com adaptações (alínea “b”), por se tratar de requisitos da política pública.	Ressalte-se que não parece adequado, ainda, a avaliação exclusiva pelos Departamentos Estaduais de Trânsito, podendo ser utilizado o laudo de avaliação biopsicossocial emitido nos termos do novo modelo de avaliação (desde que, à evidência, traga os requisitos exigidos pelas alíneas "a" e "b" do art. 72, IV, da Lei nº 8.383/1991, que estabelecem requisitos específicos para a isenção de IOF.
Isenção de IR	Lei nº 7713/1988, art. 6º, XIV	Não	Isenção não é propriamente para pessoas com deficiência, mas para pessoas que tenham as moléstias especificadas, independentemente de serem consideradas como pessoas com deficiência ou não; nesse sentido, não seria adequado exigir o laudo da avaliação biopsicossocial.	

GRUPO 4 - MORADIA/EDUC. SUPERIOR E ATEND. PRIORITÁRIO				
Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência	Portaria nº 355, de 28 de abril de 2017 (Ministério das Cidades) Revogada pela Portaria 416, de 14/06/2017.	Não	Norma já revogada	
Residências Inclusivas	Resolução 109, de 11 de novembro de 2009, CNAS	Não		A avaliação da deficiência deve ser biopsicossocial. Acreditamos que hoje se recorra à avaliação da deficiência nos moldes do BPC.
Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais	Lei nº 12.711/2012, arts. 3º, 5º e 7º	Não	Dispositivos não tratam da avaliação da deficiência; apenas instituem a política pública que tem como destinatárias as pessoas com deficiência.	
	Decreto nº 7.824/2012, art. 9º, III.	Não	Art. 9 º O Ministério da Educação editará os atos complementares necessários para a aplicação deste Decreto, dispondo, dentre outros temas, sobre: (...) III - a forma de comprovação da deficiência de que trata o inciso II do caput do art. 2º e o inciso II do caput do art. 3º se dará nos termos da legislação pertinente. (Incluído pelo Decreto nº 9.034, de 2017)	"legislação pertinente" já contempla a Lei nº 13.146/2015.
	Portaria Normativa nº 18, de 11 de outubro de 2012, com a redação dada pela Portaria Normativa nº 1.117, de 1º de novembro de 2018 (Ministério da Educação)	Sim	O art. 8-B da Portaria Normativa nº 18, de 2012 dispõe que “a apuração e a comprovação da deficiência tomarão por base laudo médico atestando a espécie e o grau da deficiência, nos termos do art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID, no caso dos estudantes que sejam pessoas com deficiência, nos termos do § 2º do art. 3º e do parágrafo único do art. 4º desta Portaria, e se inscrevam às vagas reservadas a essas pessoas.”	Art. 8-B. A apuração e a comprovação da deficiência tomarão por base a avaliação biopsicossocial, consoante previsto no § 1º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, no caso dos estudantes que sejam pessoas com deficiência e se inscrevam às vagas reservadas a essas pessoas, nos termos do § 1º do art. 3º e do parágrafo único do art. 4º desta Portaria.”
Atendimentos prioritários (processual, procedimentos, etc)	Lei nº 10.048/2000	Não	Lei não trata da avaliação da deficiência	
	Decreto nº 5.296/2004	Sim	Vide Grupo 7 - Normas Gerais	
GRUPO 5 - SAÚDE/TRABALHO				
Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita.	Lei nº 8.080/1990	Não	Lei 8.080/1990 - Não menciona diagnóstico ou instrumento para avaliação de deficiência.	
	Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012 (atualmente revogada por consolidação na Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de Setembro de 2017 - http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)	Não	A Portaria menciona a realização de diagnóstico nos CER ("CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas:") e nos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva ("§ 1º Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva devem garantir o atendimento integral ao paciente que compreendem avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI)"; "tenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será realizada pelos estabelecimentos de saúde que ofereçam apoio diagnóstico e terapêutico especializado"; "Art. 44. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade dos serviços de enfermagem, fonoaudiologia, nutricional e dietético, possibilitando o diagnóstico, o tratamento e o respectivo acompanhamento médico."). Não menciona instrumento para avaliação de deficiência.	
	Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de Setembro de 2017 - Anexo LXXVII	Sim	"§ 3º Para a dispensação de que trata o inciso III do caput, o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda geriátrica, no qual conste, na hipótese de paciente com deficiência, a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID). (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 937/2017); "b) ao uso da CIF e sua aplicabilidade no campo da saúde para as pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, b)"	O fato de ser apresentado um impedimento (CID) não implica necessariamente no reconhecimento de alguém como pessoa com deficiência. Dessa forma, sugere-se, no caso de paciente com deficiência, que seja possível a dispensação com base no laudo da avaliação biopsicossocial.
Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil	Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011 (atualmente revogada por consolidação na Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de Setembro de 2017 - http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)	Não	Não menciona diagnóstico ou instrumento para avaliação de deficiência. Além disso, considera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), portanto, automaticamente referencia ao instrumento para avaliação da deficiência que será criado pelo Poder Executivo.	

Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)	Decreto nº 9.345/2018 (art. 35)	Não	O decreto já se adianta em estabelecer que, ao ser regulamentado o instrumento de avaliação de deficiência de que trata o § 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, as normas decretadas só permanecerão vigentes no que não se dispuserem em contrário à legislação específica. Trecho : "Art. 2º Regulamentados os instrumentos para a avaliação da deficiência, em cumprimento ao disposto no § 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 , as normas deste Decreto permanecem vigentes no que a regulamentação específica não dispuser em contrário"	
Todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	RESOLUÇÃO Nº 452, DE 10 DE MAIO DE 2012 (Estabelece que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar)	Não, pois o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência está pautado na CIF	"Que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar: •nas investigações para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais (estruturais e atitudinais) na saúde dos indivíduos; •como uma ferramenta estatística na coleta e registro de dados (em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão); •como ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado; • para dar visibilidade e avaliar os processos de trabalho com os respectivos impactos reais das ações dos profissionais de saúde, que atuam diretamente com a funcionalidade humana; •no dimensionamento e redimensionamento de serviços visando qualificar e quantificar as informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde no processo de reabilitação e os respectivos resultados; •como ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas; •como ferramenta pedagógica na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e a realização de ações sociais; •como ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde, devendo a mesma ser inserida no Sistema Nacional de informações em saúde do Sistema Único de Saúde para alimentar as bases de dados, com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e serviços de saúde em todos os seu níveis de atenção; e •como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana."	
	RESOLUÇÃO Nº 33, DE 22 DE MARÇO DE 2018 (*) (Institui o Sumário de Alta e Registro de Atendimento Clínico que compõem o Registro Eletrônico de Saúde (RES) e integram o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS). A Tabela 1 do Anexo A são apresentados os elementos que são partes do modelo de informação do Sumário de Alta)	Não	Na tabela 1 constam informações sobre Problemas / diagnósticos avaliados, inclusive informações sobre a condição de saúde, lesão, deficiência ou qualquer outra questão que afete o bem-estar físico, mental ou social de um indivíduo identificadas em um contato assistencial. (adaptado do conceito de Problema/Diagnóstico do Clinical Knowledge Manager/OpenEHR). Também há uma seção sobre "Restrições funcionais e incapacidades em saúde", outra para "Restrição funcional ou incapacidade" e ainda uma para "Status da restrição funcional ou incapacidade". Contudo, não há referência sobre tipos de informações ou instrumento para subisidiar a identificação/avaliação de tais condições no ato do preenchimento do "modelo de informação do Sumário de Alta"..	Necessário avaliar, outrossim, se o tipo de informação possivel de alimentar no Sumário de Alta atende ao Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade	PORTARIA SAS/MS Nº 768, DE 26 DE OUTUBRO DE 2006 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0768_26_10_2006_comp.html http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/anexo/anexo_prt0768_26_10_2006.pdf (anexo I) (ANEXO II Revogado pela PRT GM/MS nº 2.981 de 26.11.2009 - http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep_comp.html, que por sua vez foi revogada pela pela PRT nº 1554/GM/MS de 30.07.2013 - http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html)	Sim	Adequar modelos de "LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL" na forma do anexo da portaria. A necessidade de diversos procedimentos é justificada pela capacidade funcional do usuário, independentemente da Condição de Saúde de base. Contudo, nos modelos de LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL há apenas o campo para o preenchimento do CID, enquanto campo obrigatório, não estando de acordo com a Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.	
Admissão de usuários dependentes funcionalmente no Serviço de Atenção Domiciliar	PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016 https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827	Não, pois o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência está pautado na CIF	A PRT Nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas, em seu Art. 13., condiciona a admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), à presença de cuidador(es) identificado(s).	
GRUPO 6 - ASSISTÊNCIA/ PREVIDÊNCIA				
Benefício de Prestação Continuada	Lei nº 8.742/1993 (LOAS), art. 20	Não	Disposições da Lei não tratam da avaliação da deficiência, exceto pelo art. 20, §6º, que, outrossim, deverá ser tacitamente revogado quando da elaboração da regulamentação do art. 2º da LBI, em razão do art. 40-B, a ser inserido pela MPV 1023/2020 - PLV 10/2021 (vide observação ao lado)	Art. 40-B determina, a contrário senso, que após a regulamentação do instrumento de avaliação de que tratam os §§1º e 2º da Lei nº 13.146/2015, esta será aplicada.
	Lei nº 8.742/1993 (LOAS), art. 20-A	Não	Disposição transitória que deverá ser revogada pelo PLV 10/2021. Em relação à avaliação da deficiência, o texto já remete que ela deverá ser realizada observando os §§ 1º e 2º do art. 2º da LBI.	
	MPV 1023/2020 (PLV 10/2021) - inclui arts. 20-B e 40-B na Lei nº 8.742/1993 (LOAS) - Convertida na Lei nº 14.176/2021	Não	Em relação à avaliação, já observa a necessidade de que esta se dê conforme o art. 2º, §§1º e 2º, da LBI	
	Decreto nº 6.214/2007, art. 16	Não	O §8º do art. 16 estipula que, a partir da criação dos instrumentos de que trata o art. 2º, §2º, da LBI, a avaliação da deficiência e seu grau deverão observá-los, o que, na visão do grupo, aponta para a desnecessidade de mudanças das normas referentes à avaliação constantes desse mesmo artigo; estas somente serão válidas enquanto não hopiver o instrumento previsto no art. 2º, §2º, da LBI.	
	Decreto nº 6.214/2007, art. 39, III	Sim	Deve ser verificado de qual órgão (ou quais órgãos) será a atribuição de realização da avaliação biopsicossocial	Possivelmente não será competência exclusiva do INSS
	PORTARIA Nº 2, DE 30 DE MARÇO DE 2015 - PORTARIA DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO BPC	Sim	Revogação integral - Como a portaria inteira está instituindo uma avaliação da deficiência própria para o BPC, ela deveria ser revogada para a aplicação da avaliação unificada.	
	PORTARIA Nº 3, DE 21 DE SETEMBRO DE 2018 - PORTARIA OPERACIONAL DO BPC	Não		Quanto ao art. 11, §6º, deverá ser verificado de qual órgão (ou quais órgãos) será a atribuição de realização da avaliação biopsicossocial
Pensionista com Deficiência	Lei nº 8.213/1991, arts. 16, 74, 77, 80	Não	Dispositivos não tratam de avaliação da deficiência	
	Decreto nº 3.048/1999, art. 16 e 17	Não	Dispositivos não tratam de avaliação da deficiência	Quanto ao art. 17, §2º, do Decreto nº 3.048/1999, cumpre observar que a comprovação da data de início da deficiência é normalmente feita mediante prova documental; como a avaliação da deficiência era exclusivamente médica, não houve no passado a avaliação dos fatores ambientais e sociais. Tal situação, no médio e longo prazos, irá se amenizar, com a inclusão das avaliações biopsicossociais nos sistemas, conforme inclusive determindado no art. 19, §8º, do mesmo Decreto.

Pensão por Morte	Decreto nº 3.048/1999, art. 108	Não	Redação já adequada à LBI	
Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS	Lei Complementar nº 142/2013, art. 4º	Sim	Avaliação não deve ser "médica e funcional", mas biopsicossocial, conforme art. 2º da Lei nº 13.146/2015	
	Lei Complementar nº 142/2013, art. 5º	Sim	Grau de deficiência é atestado na avaliação biopsicossocial, conforme art. 2º da Lei nº 13.146/2015 - possivelmente não será exclusividade do INSS	
	Decreto nº 3.048/1999, art. 70-A	Não	Redação já adequada à LBI	
	Decreto nº 3.048/1999, art. 70-D	Sim	Sugere-se a retirada do §2º, tendo em vista que, segundo o modelo que se propõe, a avaliação realizada nos termos do art. 2º, §§ 1º e 2º da Lei nº 13.146/2015, ao menos quanto à constatação da deficiência e de seu grau, deverá valer para todos os fins.	
Reabilitação Profissional	Lei nº 8.213/1991, art. 89	Não	Disposição não trata da avaliação da deficiência	
	Decreto nº 3.048/1999, art. 136	Não	Disposição não trata da avaliação da deficiência	
Auxílio-Inclusão	MPV 1023/2020 (PLV 10/2021) - Convertida na Lei nº 14.176/2021, art. 3º	Não	Dispositivo tem vigência com prazo fixado e não permite sua utilização em prejuízo da pessoa com deficiência	
Dados no CNIS	Decreto nº 3.048/1999, art. 19	Não	Redação já adequada à LBI	
Instrumento de avaliação	Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/S	Sim (Revogação integral)	Institui instrumento incompatível com o novo instrumento	
Pensão por talidomida	Lei nº 7.070/1982	Não	Política específica para essa Síndrome; não entrará no escopo da avaliação única	
GRUPO 7 - NORMAS GERAIS				
Definição de Pessoas com Deficiência	Decreto nº 3.298/1999, art. 4º	Sim	Definição de “pessoa com deficiência” baseada unicamente no conceito médico, o que é incompatível com a Convenção da ONU e com a LBI, que impõem a adoção de um modelo social da deficiência. Qualquer impedimento poderá dar azo ao reconhecimento da deficiência, desde que se constate a desigualdade de oportunidades de inclusão decorrente de sua interação com as diversas barreira. Ideal é colocar definição de pessoa com deficiência compatível com o art. 2º, caput, da LBI (“Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”)	
	Decreto nº 5.296/2004, art. 5º, §1º, I	Sim	Definição de “pessoa com deficiência” baseada unicamente no conceito médico, o que é incompatível com a Convenção da ONU e com a LBI, que impõem a adoção de um modelo social da deficiência. Qualquer impedimento poderá dar azo ao reconhecimento da deficiência, desde que se constate a desigualdade de oportunidades de inclusão decorrente de sua interação com as diversas barreira. Ideal é colocar definição de pessoa com deficiência compatível com o art. 2º, caput, da LBI (“Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”)	

nos do art. 2º, da Lei nº 13.146/2015.

ANEXO – CONTEÚDO MÍNIMO DE NORMA INSTITUINDO O MODELO DE AVALIAÇÃO E O INSTRUMENTO

A) Cláusula de definição de objeto e âmbito de aplicação

Art. XXX. Este Decreto aprova instrumento unificado destinado à avaliação biopsicossocial da deficiência, nos termos do §§ 1º e 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, na forma do Anexo.
§1º. A avaliação da deficiência realizada nos termos deste Decreto será suficiente, quanto à comprovação da deficiência e de seu grau, para efeito de inclusão da pessoa com deficiência em todas as políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência.
§2º. Deverão ser observados, quando o caso, os demais requisitos específicos exigidos pelas respectivas políticas, bem como a necessidade de avaliações periódicas.

B) Definição de Pessoa com Deficiência e dos critérios gerais de avaliação

Art. XXX. Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.
Parágrafo único. A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:
I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
III - a limitação no desempenho de atividades; e
IV - a restrição de participação.

C) Definição de “impedimento de longo prazo”

Art. XXX. Considera-se impedimento de longo prazo, para os efeitos de avaliação da deficiência, aquele que produza efeitos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, pelo prazo mínimo de (PRAZO), contados de forma ininterrupta.
§ 1º Na hipótese de não ser possível prever a duração dos impedimentos a que se refere o caput, mas existir a possibilidade de que se estendam por longo prazo, o benefício respectivo poderá ser concedido, conforme o disposto em ato do (AUTORIDADE COMPETENTE)
§ 2º Na hipótese de benefício concedido nos termos do disposto no § 1º, os beneficiários deverão ser prioritariamente submetidos a novas avaliações da deficiência, observado o intervalo máximo de dois anos.

OBS. O prazo para fixação do que se entende por impedimento de longo prazo deverá ser discutido pelo GTI, a partir de subsídios do GTE do instrumento; como GTE de elaboração e alteração de atos normativos, nos cabe indicar a necessidade de que a norma traga a definição de "impedimento de longo prazo".

D) Definição de "barreiras"

Art. XXX. Consideram-se barreiras qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

I) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;
II) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;
III) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;
IV) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;
V) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;
VI) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;

E) Competência para realização da avaliação e aplicação do instrumento

Art. XXX. Compete ao (ÓRGÃO COMPETENTE) a realização da avaliação biopsicossocial da deficiência, estabelecida por este Decreto.
Parágrafo único. (Parcerias para realização da avaliação – caso se institua parcerias para realização da avaliação, deverá ser apontado neste parágrafo)

F) Revisão periódica do instrumento

Art.XXX O instrumento de avalição constante do anexo a este Decreto, será objeto de revisão por instância técnica específica instituída no âmbito do (COMITÊ), no prazo máximo de (PRAZO), a contar da data de publicação deste Decreto, podendo haver revisões posteriores.

G) Cláusula de alteração de Decretos incompatíveis com o novo modelo

Art. XXX. CLÁUSULA DE ALTERAÇÃO DE OUTROS DECRETOS (ex.: I - adaptações no art. 16 do Decreto nº 6.214/2007 – BPC; II - inclusão da avaliação no art. 6º do Decreto nº 8.537/2015 – meia entrada para pessoa com deficiência; III -)

H) Cláusula de revogação de Decretos incompatíveis com o novo modelo

Art. XXX. CLÁUSULA DE REVOGAÇÃO DE OUTROS DECRETOS

I) Cláusula de vigência

Art. XXX. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação (AVALIAR NECESSIDADE DE VACATIO, PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRUTURA NECESSÁRIA E TREINAMENTO).
Obs. Validade do instrumento para políticas diferentes – caso se pretenda fazer a aplicação do instrumento de forma gradual, para as diversas políticas públicas em prazos diferentes, deverá ser postergada a entrada em vigor da disposição que aponta a avaliação como válida para inclusão em todas as políticas públicas.

Relatório do Grupo Técnico Especializado sobre o impacto orçamentário do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial

Brasília, 16 de outubro de 2020

1. Introdução

O presente relatório descreve os resultados do Grupo Técnico Especializado (GTE) sobre o impacto orçamentário do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência – instituído pela Portaria 459, de 27 de agosto de 2020, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Essa portaria concretizou uma decisão do Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, instituído pelo Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020.

O GTE é constituído por representantes do MMFDH, dos Ministérios da Economia, da Cidadania e da Saúde, da Advocacia-Geral da União e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). O Grupo se reuniu semanalmente, a partir de 4 de setembro de 2020, por meio de videoconferências, para discutir o plano de trabalho, validar as metodologias e debater os resultados encontrados pelas equipes (ver apêndice).

O impacto orçamentário da introdução do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência decorre, primordialmente, de dois fatores: diferencial de custo na aplicação das avaliações no âmbito das políticas para a Pessoa com Deficiência (PcD); e possíveis modificações no público atendido por essas políticas. O plano de trabalho proposto pelo GTI contempla os dois fatores. O GTE definiu uma agenda de trabalho mais específica visando a produção de resultados para subsidiar as decisões do GTI de acordo com o seu cronograma. O número elevado de políticas para a PcD e a complexidade de estimar qual seria o efeito do instrumento único em cada política explica a necessidade de priorizar a de maior impacto por meio de estudo específico.

Após essa introdução, a seção 2 descreve as políticas para a PcD e sua relevância no orçamento federal, medida pelo gasto total com os benefícios ou serviços associados (inclui despesas diretas e gastos tributários decorrentes da isenção ou redução de tributos). O trabalho considera a relação de 31 políticas federais que consta no anexo I do documento intitulado “Proposta de Implantação da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência e do Sistema Unificado”, elaborado pela Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD, 2020). Conclui-se, a partir de dados e estimativas do GTE, que a maior parte das políticas onera em nada ou muito pouco o caixa do Tesouro, enquanto algumas representam um gasto expressivo. A política mais relevante desse ponto de vista é o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da pessoa com deficiência.

Em seguida, a seção 3 descreve a atual forma de avaliação adotada por cada política para determinar o acesso dos indivíduos aos benefícios ou serviços. Nota-se que a maior parte das políticas não adota, hoje em dia, a avaliação biopsicossocial por equipe multiprofissional e

interdisciplinar, como previsto na Lei nº 13.146/2015, pois a verificação da condição de PcD é frequentemente realizada por um ou mais médicos apenas.

A seção 3 também analisa os possíveis efeitos da introdução do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial sobre o custo direto da aplicação das avaliações, isto é, aquele associado à verificação da condição de PcD. Para tanto, apresenta estimativas do número anual aproximado de avaliações realizadas no âmbito de cada política e dos custos associados, bem como projeções para o futuro supondo o atendimento de todas as PcDs. As projeções são baseadas em uma metodologia proposta pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2018). Infelizmente, a comparação das projeções com o presente é prejudicada pelo fato de existirem lacunas no levantamento do número atual de avaliações. Vale ressaltar que a periodicidade de reavaliações é um fator que influencia muito as estimativas de custo das avaliações sob o modelo unificado. Outro aspecto relevante, mas pouco explorado no presente relatório, é a repartição de custos da avaliação da PcD entre os entes federativos sob o modelo único de avaliação.

Antes de prosseguir, deve-se chamar atenção para uma conclusão qualitativa relevante extraída dos grandes números apresentados nas duas primeiras seções do trabalho. O custo associado à execução das avaliações da PcD é relativamente baixo (R$ 140 milhões para um conjunto de 18 políticas) em comparação com as despesas e renúncias associadas aos benefícios e serviços que integram as 31 políticas analisadas (R$ 53 bilhões, considerando a isenção de IRPF concedida também a indivíduos afetados por doenças diversas). Dito de outro modo, grande parte do impacto orçamentário deve ser originado por uma eventual variação no público das políticas decorrente da aplicação de novo instrumento.

Finalmente, a seção 4 do relatório propõe analisar o possível impacto da introdução do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial nos requerentes do BPC na condição de PcD. Essa análise se justifica pelo fato de que o BPC da PcD é a política mais relevante do ponto de vista orçamentário para a União (R$ 35,5 bilhões), como demonstrado na seção 2 do relatório. A análise do possível impacto orçamentário da modificação do instrumento adotado na política do BPC é uma tarefa complexa e, por isso, descreve-se duas atividades planejadas pelo GTE, mas que ainda não foram concluídas. Nessa seção, apresenta-se sucintamente o que foi produzido pelo grupo visando a execução desses trabalhos. Um deles, especialmente, deve permitir uma estimativa confiável do impacto orçamentário originado pela variação no público atendido pelo BPC.

A maneira apropriada de se estimar o impacto orçamentário do instrumento único no BPC é realizar duas avaliações nos requerentes do BPC: a avaliação atual, nos moldes da Portaria Conjunta nº 2/2015 do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); e a avaliação de acordo com o instrumento proposto, que é o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M). O relatório dimensiona o tamanho da amostra de acordo com as propriedades estatísticas do teste que se deseja realizar, explica como seria viável executar esse trabalho e enumera as etapas necessárias. Considera-se que essa avaliação prática no novo instrumento é essencial, dado que grande parte do impacto orçamentário pode decorrer de uma mudança no público atendido pelo BPC.

De modo complementar, propõe-se analisar as avaliações do BPC desde 2015. Trata-se de uma análise exploratória que poderá se valer da correspondência entre os componentes da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) presentes nos dois instrumentos e as réguas propostas pela equipe da Universidade de Brasília (UnB). No entanto,

Relatório GTE Impacto Orçamentário (2929005) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 77

Tabela 1: Descrição das políticas para PcD e do instrumento de avaliação

Tipo de serviço ou benefício	Órgão responsável pelo serviço ou benefício	Órgão responsável pela avaliação da deficiência	Legislação relacionada	Instrumento de avaliação (Laudo médico ou outro instrumento)
Acesso a serviços de reabilitação em saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita	Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde	CER e Serviços de Reabilitação em modalidade única (SUS municipal ou estadual)	L8080/1990, Portaria GM/MS 793/2012	Avaliação multiprofissional para elaboração de projeto terapêutico singular e concessão de OPM
Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção	Ministério da Economia	SIASS/MP	LC 142/2013, L8112/1990 (art. 186), D3298/1999 e D5296/2004	IN MPS/SPPS 2/2014 e Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP 1/2014
Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS	Ministério da Economia	INSS	LC 142/2013	Perícia Médica
Aprendiz com Deficiência	Ministério da Cidadania		Decreto-Lei 5452/1943, D5598/2005, IN 146/2018	
Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil	Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde	CAPS (SUS municipal ou estadual)	Portaria GM/MS 3088/2011	Avaliação multiprofissional, que implica: elaboração de Projeto Terapêutico Singular, Relatório técnico e laudo médico
Auxílio-Inclusão	Ministério da Cidadania	Não regulamentado	Não regulamentado	Não se aplica
Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar	Ministério da Economia	SIASS/MP	D3298/1999 e D5296/2004	D3298/1999 e D5296/2004
Benefício de Prestação Continuada	Ministério da Cidadania	INSS	L8472/1993	Avaliação médica realizada por médico perito da PMF e avaliação social realizada por assistente social do INSS
Centros-Dia de Referência	Ministério da Cidadania	Não necessita avaliação	L8472/1993	Não se aplica
Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas à pessoas com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/MP	L8112/1990 (art. 5), D3298/1999 e D5296/2004	Decretos 3298/1999 e 5296/2004

Tipo de serviço ou benefício	Órgão responsável pelo serviço ou benefício	Órgão responsável pela avaliação da deficiência	Legislação relacionada	Instrumento de avaliação (Laudo médico ou outro instrumento)
Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência	Agência Nacional de Aviação Civil	Serviço público ou privado	Resolução ANAC 280/2013	MEDIF ou FREMEC
Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/MP	L8112/1990 (art. 98), D3298/1999 e D5296/2004	Decretos 3298/1999 e 5296/2004
Horário especial para servidor com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/MP	L8112/1990 (art. 98), D3298/1999 e D5296/2004	Decretos 3298/1999 e 5296/2004
Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel	Ministério da Economia	SUS ou serviço de saúde privado	IN RFB N 1769/2017, L8383/1991, L8989/1995, Portaria Interministerial SEDH/MS 2/2003 e D3298/1999	D3298/1999 e D5296/2004
Isenção de IOF	Ministério da Economia	Detran	IN RFB N 1769/2017, L8383/1991, L8989/1995, Portaria Interministerial SEDH/MS 2/2003 e D3298/1999	Atestado emitido pelo Detran do estado onde residirem em caráter permanente
Isenção de IR*	Ministério da Economia	SUS ou serviço de saúde privado	L7713/1988	Laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos estados ou municípios
Meia-Entrada	Ministério da Cidadania	INSS (BPC e LC 142)	L12933/2013 e D8537/2015	BPC e LC 142
Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/MP	D5992/2006 (art. 3-B), D3298/1999 e D5296/2004	D3298/1999 e D5296/2004
Passe Livre Interestadual	Ministério da Infraestrutura	SUS	L8899/1994, D3691/2000	Atestado (laudo) da equipe Multiprofissional do SUS
Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental	Ministério da Economia	SIASS/MP	L8112/1990 (art. 217), D3298/1999 e D5296/2004	D3298/1999 e D5296/2004

Relatório GTE Impacto Orçamentário (2929005) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 78

Tipo de serviço ou benefício	Órgão responsável pelo serviço ou benefício	Órgão responsável pela avaliação da deficiência	Legislação relacionada	Instrumento de avaliação (Laudo médico ou outro instrumento)
Pensão por talidomida*	Ministério da Economia	INSS	L8686/1993 e L13638/2018	Perícia Médica
Pensão de segurado do RGPS a dependente com deficiência intelectual ou mental	Ministério da Economia	INSS	L8213/1991 (art. 77)	Perícia Médica
Prioridade na devolução do Imposto de Renda*	Ministério da Economia	SUS ou serviço de saúde privado	L9784/1999 (art. 69-A)	Laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos estados ou municípios
Reabilitação Profissional	Ministério da Economia	INSS	L8213/1991 (art. 89)	Perícia Médica
Reserva de cargos em concursos públicos	Ministério da Economia	SUS ou serviço de saúde privado	L8112/1990 (art. 5)	Laudo Médico
Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência	Ministério da Economia	SUS municipal ou serviço de saúde privado	L8213/1991 (art. 93)	Laudo de caracterização da deficiência de acordo com D3298/1999 e IN SIT/MTE 98/2012
Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência	Ministério da Infraestrutura	SUS municipal ou serviço de saúde privado	Portaria 355/2017 (Ministério das Cidades)	Depende do município, geralmente laudo médico
Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais	Ministério da Educação		L12711/2012 (art. 3)	Na prática, são as universidades que definem como a condição de deficiência é certificada
Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos	Ministério da Infraestrutura (Denatran)	Detran estadual	L9503/1997, D5296/2004 (art. 25)	Laudo pericial emitido pelo Detran estadual
Residências Inclusivas	Ministério da Cidadania	Não necessita avaliação	L8472/1993	Não se aplica
Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)	Ministério da Economia	Serviço médico público ou privado	D9345/2018 (art. 35)	Laudo médico e prescrição médica que indique a necessidade de órtese ou prótese

Fonte: SNDPD/MMFDH com pequenas modificações. (*) GTE do instrumento rediscutiu as políticas e concluiu essas não serão afetadas pela introdução do modelo único.

Relatório GTE Impacto Orçamentário (2929005) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 79

essa correspondência não é exata e as unidades de classificação são diferentes, dado que o BPC adota qualificadores baseados na CIF e o IFBr-M gera uma pontuação baseada na Medida de Independência Funcional (MIF). Adicionalmente, a estrutura dos dois instrumentos é diferente, o que sugere cuidado na interpretação dos resultados.

2. Políticas para PcDs e grandes números do orçamento federal

O ponto de partida dos trabalhos do GTE são as 31 políticas para PcDs mapeadas pela SNDPD (tabela 1). Esta seção mostra a relevância relativa de cada uma delas no orçamento federal de acordo com o volume de recursos empregado nos benefícios ou serviços. O custo decorrente da aplicação das avaliações representa uma parcela muito pequena do total, como ficará claro na próxima seção. Sendo assim, uma possível variação no público das políticas, sobretudo das maiores, pode ser o fator preponderante na determinação do impacto orçamentário da introdução do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência. O BPC da pessoa com deficiência é a política mais relevante no orçamento federal, o que justifica o estudo específico proposto adiante.

A maior parte das políticas para a PcD consideradas não representa despesa direta significativa ou renúncia de arrecadação para o governo federal hoje em dia. A tabela 2 identifica 20 políticas que se encaixam nessa condição, diferenciadas de acordo com três categorias:

- 14 políticas apresentam despesas diretas ou isenções muito pequenas ou iguais a zero;
- Outras 4 devem significar algum gasto, mas sua individualização é difícil e o esforço não se justifica no contexto deste trabalho, tendo em vista que não adotam qualquer forma de avaliação da PcD (e, portanto, não seriam afetadas pela introdução do instrumento e do modelo único de avaliação); e
- Duas políticas ainda não foram regulamentadas e podem vir a afetar as despesas federais no futuro.

Tabela 2: Relação de políticas para PcD que não geram despesa ou renúncia de receitas significativas hoje em dia

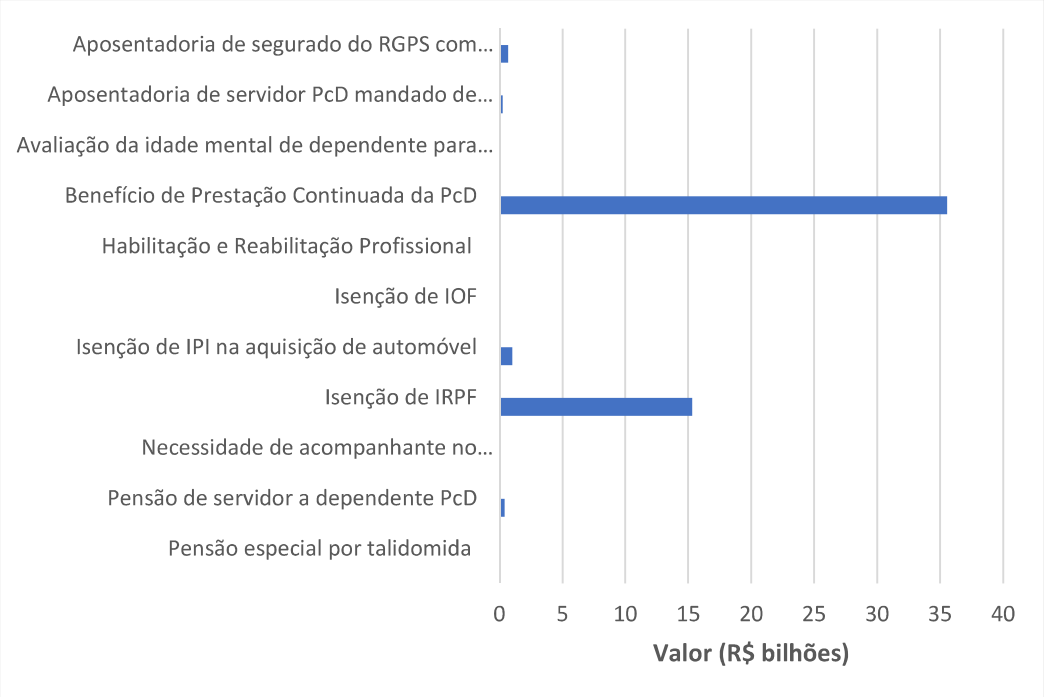
Categoria	Número de políticas	Serviço ou benefício
Não há despesa federal relacionada	14	• Aprendiz com Deficiência • Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência • Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência • Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência • Horário especial para servidor com deficiência • Meia-entrada para acesso a eventos artístico-culturais e esportivos • Passe Livre Interestadual • Prioridade na devolução do Imposto de Renda de Pessoa Física • Reserva de cargos em concursos públicos • Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência

		• Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência • Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais • Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos • Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)
Difícil de individualizar a despesa e não depende de avaliação da PcD	4	• Acesso a serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita • Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infanto-juvenil • Centros-Dia de Referência • Residências Inclusivas
Não regulamentada	2	• Auxílio-inclusão • Pensão de segurado do RGPS a dependente com deficiência intelectual ou mental (concedida nos casos em que for constatada a invalidez)

Elaboração do GTE.

Os dados e estimativas disponíveis para as 11 políticas que oneram o caixa do Tesouro se referem a períodos diferentes e encontram-se bastante defasados em alguns casos. Para superar essa limitação, todos os valores foram posicionados em 2021 a partir de técnicas simples de projeção, as quais foram discutidas no GTE.

Figura 1: Estimativa de despesa direta ou renúncia de arrecadação na esfera federal – 2021*



Elaboração do GTE. (*) Projeções para 2021 elaboradas a partir dos dados do orçamento ou de informações disponibilizadas pelos órgãos gestores das políticas. A projeção é uma maneira de posicionar todas as informações no mesmo ano.

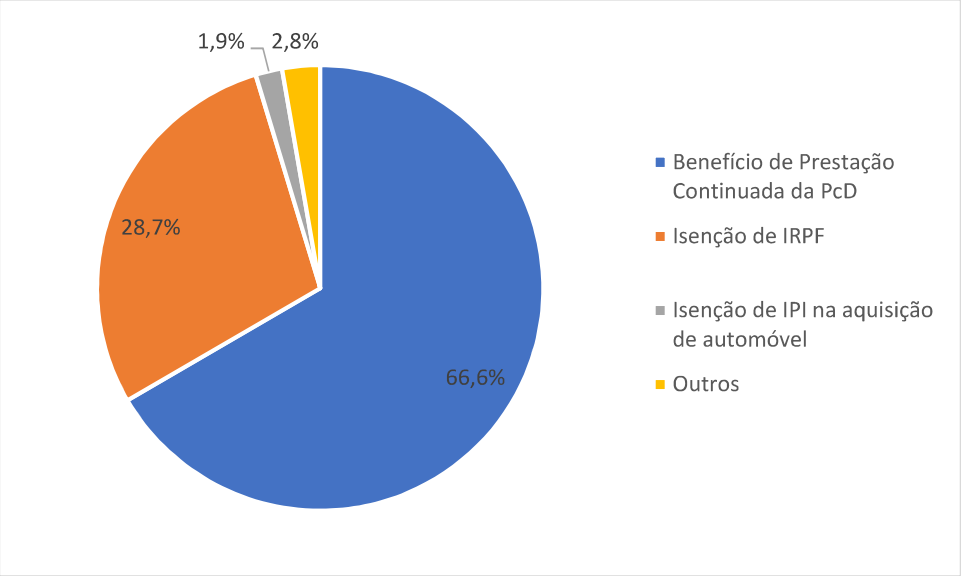
Esse conjunto de políticas é muito heterogêneo, como mostra a figura 1. A maior parte onera relativamente pouco o orçamento federal, isto é, representa apenas algumas dezenas de milhões de reais. No entanto, duas delas se destacam pelas ordens de grandeza relativas: a

isenção do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e o BPC, as quais correspondem, respectivamente, a 29% e 67% do total estimado para todas as políticas voltadas a PcD (que é igual a aproximadamente R$ 53 bilhões), como indica a figura 2. A terceira política em termos de relevância no orçamento são as isenções de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóvel, que representam aproximadamente R$ 1 bilhão por ano, o equivalente a menos de 2% do total.

Antes de prosseguir, é necessário qualificar esses valores, pois a participação do BPC no valor dos benefícios e serviços encontra-se subestimada:

- No caso do IRPF, deve-se observar que a estimativa de R$ 15,3 bilhões referente às isenções considera não apenas as PcDs, mas também indivíduos acometidos por doenças diversas, a exemplo de cardiopatia, Parkinson e tuberculose[1]. Infelizmente, os dados disponíveis não permitem realizar as exclusões necessárias e a identificação dos beneficiários em decorrência da condição de deficiência.
- Já as estimativas para o BPC, que totalizam R$ 35,5 bilhões, se referem apenas aos benefícios concedidos para PcDs.

Figura 2: Distribuição estimada da despesa direta ou renúncia de arrecadação na esfera federal – 2021*



[1] Da Lei nº 7.713/1998:

Art. 6º Ficam isentos do imposto de renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas:

...

XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma;

Elaboração do GTE. (*) Projeções para 2021 elaboradas a partir dos dados do orçamento ou de informações disponibilizadas pelos órgãos gestores das políticas. A projeção é uma maneira de posicionar todas as informações no mesmo ano.

Vale destacar duas políticas que não apresentam uma despesa excessiva no presente, mas que podem apresentar crescimento no futuro. O instrumento e o modelo único podem fazer a diferença, na medida em que estão diretamente relacionados à taxa de concessão:

- A aposentadoria especial da PcD, regulamentada pela Lei Complementar nº 142/2013, representa um gasto anualizado de R$ 690 milhões. Essa modalidade de aposentadoria pode apresentar crescimento no futuro, independentemente do instrumento e do modelo único de avaliação, porque as demais regras de aposentadoria programada tornaram-se mais restritivas depois da promulgação da Emenda Constitucional nº 103/2019.
- A pensão do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) para dependente PcD não representa despesa hoje em dia. Mas, de acordo com as alterações promovidas pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) na Lei nº 8.213/1991, o filho ou irmão que apresente deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave são beneficiários do RGPS na condição de dependentes, independentemente da idade. No caso de dependente cônjuge ou companheiro, a cota da pensão deve ser mantida até que a condição de deficiência seja cessada. Desde 2016, quase 25.000 requerimentos foram apresentados ao INSS e indeferidos porque a avaliação só considera a invalidez.

Portanto, a partir dos dados apurados pelo GTE, percebe-se que o BPC representa por volta de dois terços do gasto total com as políticas para a PcD. Na realidade, essa proporção encontra-se subestimada. Se desconsiderarmos todo o gasto tributário decorrente da isenção de IRPF, concedido também a pessoas afetadas por um conjunto amplo de doenças, a participação aumenta para 93%. O percentual verdadeiro encontra-se, evidentemente, entre esses dois valores extremos. Essas considerações motivam a recomendação de analisar o efeito do instrumento único proposto nessa política específica.

3. Avaliações da PcD

O próximo passo consiste em descrever as avaliações da PcD adotadas no âmbito de cada política. Para a finalidade deste trabalho, é relevante saber quais políticas exigem e realizam a verificação da condição de deficiência, quem financia as avaliações, o número médio de avaliações realizado anualmente, o tipo de avaliação e o custo. Esses fatores são importantes porque iremos também apresentar cenários para as avaliações no contexto do modelo unificado.

3.1. Avaliações hoje em dia

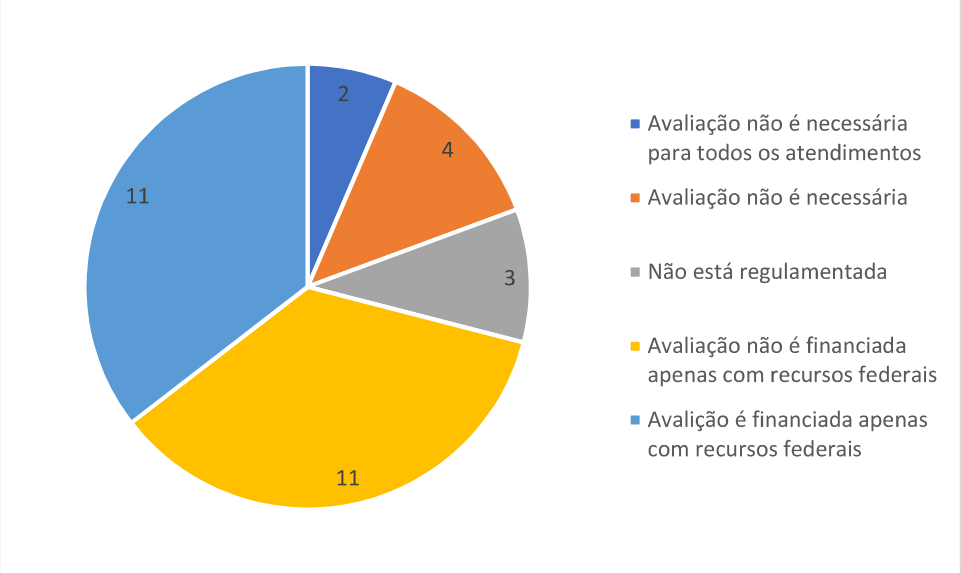
Primeiramente, as políticas são agrupadas de acordo com a obrigatoriedade ou não da avaliação e se a verificação da condição de deficiência é financiada exclusivamente com recursos federais (figura 3), a partir das informações da tabela 1:

- Nota-se que a avaliação não é realizada em sete das 31 políticas analisadas, seja devido à ausência de regulamentação (3) ou porque a verificação é desnecessária (4). No

primeiro grupo estão o auxílio-inclusão, a meia-entrada e a pensão de segurado do RGPS a dependente com deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave. Já no segundo grupo estão as políticas de aprendiz com deficiência, Centros-Dia de Referência, Residências Inclusivas e prioridade na devolução do IRPF.

- Existem também dois casos em que as avaliações são realizadas para alguns tipos de atendimento: acesso a serviços de reabilitação em saúde de forma integral, equânime e gratuita; e atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes.[2] Nesses casos, a avaliação é realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quando necessária.
- Entre as 22 políticas restantes com verificação obrigatória da condição de PcD, 11 demandam a verificação financiada com recursos federais, sendo que o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) executa 4 e o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) se encarrega de 7. Nas 11 restantes, o custeio das avaliações não é exclusivamente federal, pois as avaliações podem ser executadas pelos Departamentos Trânsito estaduais (2), pelo sistema privado de saúde (6) e pelo SUS (8) – que é majoritariamente financiado pelos estados e municípios, pois arcam com os salários da maior parte dos profissionais.

Figura 3: Tipologia das políticas para PcD de acordo com a necessidade e responsabilidade pelas avaliações



Elaboração do GTE a partir de informações da SNDPD/MMFDH.

Em seguida, classifica-se as 24 avaliações realizadas hoje em dia de acordo com o tipo e o número de profissionais – isto é, se é realizada por equipe multiprofissional, por junta média ou apenas um médico. Essa classificação é relevante para este trabalho porque está relacionada ao custo unitário. Os resultados dessa classificação, apresentados na tabela 3, indicam que menos da metade das avaliações é executada por equipe multiprofissional. Não encontramos informação para três políticas.

[2] No caso do "acesso a serviços de reabilitação em saúde de forma integral, equânime e gratuita" há avaliação multiprofissional para elaboração de projeto terapêutico singular e concessão de órteses, próteses e materiais especiais (OPM). Também no caso de "atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes", há avaliação para elaboração de projeto terapêutico singular, relatório técnico e laudo médico.

Tabela 3: Classificação das avaliações de PcD de acordo o número e o tipo de profissionais

Categoria	Número de políticas	Serviço ou benefício
Um médico	8	• Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar • Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência • Isenção de IPI na aquisição de automóvel • Isenção de IOF • Isenção de IR • Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência • Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos • Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)
Junta médica	4	• Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção • Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência • Horário especial para servidor com deficiência • Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental
Equipe multiprofissional	9	• Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita • Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS • Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil • Benefício de Prestação Continuada • Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas à pessoas com deficiência • Passe Livre Interestadual • Pensão por talidomida • Reabilitação Profissional • Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência
Sem informação	3	• Reserva de cargos em concursos públicos • Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência • Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais

Elaboração do GTE a partir de informações da SNDPD/MMFDH.

Em terceiro lugar, apresenta-se estimativas para o número atual de avaliações de PcDs. Os resultados da tabela 4 indicam um total 1,4 milhão de avaliações e 2,7 milhões de atendimentos referentes a um conjunto de 18 políticas, uma vez que em seis casos não foi possível desenvolver sequer uma aproximação razoável. A relação entre o número de avaliações e o número de atendimentos é determinada pelo tipo de avaliação indicado na tabela 3: admite-se que a avaliação realizada por junta médica é equivalente a três atendimentos e a avaliação biopsicossocial demanda dois atendimentos. Algumas qualificações são necessárias para que as estimativas sejam interpretadas adequadamente, à luz das incertezas identificadas.

Tabela 4: Estimativas do número anual de avaliações de PcDs

Tipo de Serviço ou Benefício	Órgão avaliador	Fonte	Detalhe do procedimento	Efeito em estados, DF e municípios desconsiderado	Número médio de avaliações no ano	Número de atendimentos
Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita.	SUS	MS	Dados de 2019; inclui consultas, difícil separar o que é verificação da condição de PcD; adota filtro de CBO		351.373	702.746
Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção	SIASS	SIAPE	Média 2014-2019, aposentadoria de servidor PcD, extrapolação para demais poderes (*1/0,8)		4.266	12.798
Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS	INSS	DATAPREV	Média 2015-2019		7.971	15.942
Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil	SUS	MS	Dados de 2019; inclui consultas, difícil separar o que é verificação da condição de PcD; considera apenas o procedimento "atendimento individual em CAPS" e ignora os denominados "consultas", filtro de profissional		358.340	716.680
Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar	SIASS	SGP (DW SAÚDE)	Média 2017-2019, extrapolação para demais poderes (*1/0,8)	X	115	115
Benefício de Prestação Continuada	INSS	DATAPREV	Média 2016-2019		298.521	597.042
Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas à pessoas com deficiência	SIASS	SIAPE	Média 2014-2020, extrapolação para demais poderes (*1/0,8), supõe que 1% dos concursados estatutários sejam PcDs,	X	282	564
Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência	SUS	INFRAERO	2018, considera apenas os dados de PNAE informados		138.246	138.246
Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência	SIASS	SGP (DW SAÚDE)	Média 2017-2019, extrapolação para demais poderes (*1/0,8)	X	2.298	6.893
Horário especial para servidor com deficiência	SIASS	SGP (DW SAÚDE)	Média 2017-2019, extrapolação para demais poderes (*1/0,8)	X	1.341	4.024

Relatório GTE Impacto Orçamentário (2929005) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 86

Tipo de Serviço ou Benefício	Órgão avaliador	Fonte	Detalhe do procedimento	Efeito em estados, DF e municípios desconsiderado	Número médio de avaliações no ano	Número de atendimentos
Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência	SIASS	SGP - DW Saúde	Média 2017-2019, extrapolação para demais poderes (*1/0,8)	X	21	21
Passe Livre Interestadual	SUS	Ministério da Infraestrutura	Número de credenciais em 2016 considerando renovação a cada 3 anos		63.333	126.667
Pensão instituída por servidor público falecido a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental	INSS	SGP - DW Saúde	Média 2017-2019, extrapolação para demais poderes (*1/0,8)	X	80	241
Pensionista com Deficiência	INSS	INSS	Média 2016-2019, número de requerimentos		5.636	11.273
Reabilitação Profissional	INSS	INSS, CGBRP/SPREV	Média 2008-2017, clientes registrados. Dados se referem à reabilitação decorrente de incapacidade para o trabalho, não quer dizer que o indivíduo seja PcD. Por outro lado, está prevista a habilitação/reabilitação de PcD na L8213 que não é executada por ausência de convênio do INSS		53.867	107.733
Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência	SUS	RAIS	2017, PcDs admitidas no ano pelo setor privado		124.338	248.676
Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais	SUS	Censo da educação superior/MEC	Dados de 2018, PcDs ingressantes via programa de reserva de vagas	X	3.226	3.226
Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)	SUS	FGTS	Dados de ago/2018 a jul/2019		855	855

Elaboração do GTE a partir de informações da SNDPD/MMFDH e de fontes diversas, principalmente dos órgãos responsáveis pelas políticas.

Relatório GTE Impacto Orçamentário (2929005)

SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 87

O número de avaliações e atendimentos associados às políticas de “acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita” e de “atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil” são os mais incertos. O número total de atendimentos disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) inclui consultas não relacionadas à verificação da condição de PcD. No caso da primeira política, considera-se que o número de atendimentos é dado pela “produção em atendimento de consulta no ano de 2019 nos serviços de reabilitação” com filtro de ocupação, ou seja, descartando os atendimentos de profissionais que tipicamente não executam as avaliações de PcD (por exemplo, enfermeiro e professor de alunos com deficiência visual). Já no caso da segunda, além do filtro profissional, considera-se somente um procedimento de um conjunto de três, qual seja o “atendimento individual em CAPS”. As consultas de profissionais médicos e não médicos em atenção especializada foram descartadas.

Por outro lado, as demais estimativas são menos incertas, ou seja, acredita-se que as ordens de grandeza estejam corretas, dada a disponibilidade de informações mais específicas. Cumpre ressaltar que algumas políticas não se restringem ao governo federal, já que existem políticas semelhantes nos governos estaduais, do Distrito Federal (DF) e municipais que não foram consideradas (por exemplo, constatação da deficiência em indivíduos aprovados em concursos públicos). Tais políticas são identificadas na quinta coluna da tabela 4. Embora o foco desse estudo sejam as políticas federais, cumpre assinalar que a introdução do instrumento e do modelo único pode modificar as avaliações a cargo dos estados, DF e municípios, com implicações orçamentárias para esses entes federativos.

As estimativas de custo das avaliações consideram dados de salários dos profissionais e hipóteses sobre o tempo necessário para uma avaliação. Vale ressaltar que tais estimativas consideram apenas as despesas com os profissionais que realizam as avaliações – não incluindo, por exemplo, os custos fixos, administrativos e com materiais. No que se refere aos salários, estima-se o salário-hora médio dos seguintes profissionais a partir dos dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE):

- Médico perito: R$ 130;
- Profissional de saúde não médico do INSS: R$ 63,5;
- Médico do MS, institutos federais de educação, universidades federais e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH (*proxy* para médico do SUS): R$ 100,3; e
- Profissional da saúde não médico do MS (média que considera terapeutas ocupacionais e psicólogos dos institutos federais, universidades federais e EBSERH): R$ 53,75.

No que diz respeito ao tempo necessário para realizar uma avaliação, admite-se que:

- Os atendimentos do SIASS têm duração de uma hora (fonte SNDPD);
- As avaliações para aposentadoria da PcD (LC 142) também têm duração de uma hora, enquanto as de reabilitação profissional duram 40 minutos e as do BPC, 30 minutos (fonte Subsecretaria da Perícia Médica Federal - SPMF, conforme equivalência entre pontos e tempo); e
- Os demais atendimentos têm duração de 40 minutos quando a avaliação é biopsicossocial ou 30 minutos no caso do atendimento por um médico, com emissão de laudo.

Os resultados da tabela 5 indicam um custo total de R$ 146 milhões com os profissionais que realizam as avaliações. A maior parte do custo se refere às avaliações do SUS que são financiadas com recursos não apenas do governo federal, mas também dos estados, DF e municípios.

Tabela 5: Estimativas do custo anual das avaliações de PcDs*

Órgão responsável pela avaliação	Valor (R$ milhões)
INSS	38,5
SIASS	2,8
SUS	109,3
Total	**140,6**

Elaboração do GTE. (*) Considera-se o conjunto de 18 políticas da tabela 4, para as quais foi possível desenvolver estimativas do número de avaliações.

Finalmente, cumpre notar que as lacunas remanescentes no número de avaliações associadas a algumas políticas prejudicam a comparabilidade do custo das avaliações hoje em dia com as avaliações futuras, após a introdução do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial. Faltam estimativas para as políticas constantes da tabela 6. Acredita-se que as mais relevantes, em termos de o número de avaliações realizadas anualmente, sejam aquelas que concedem isenção de IPI na aquisição de automóvel e reserva de vagas para PcDs em estacionamentos.

Tabela 6: Lacunas no número de avaliações

Tipo de Serviço ou Benefício	Órgão avaliador	Mais relevantes
Isenção de IPI na aquisição de automóvel	SUS	X
Isenção de IOF	Detran	
Isenção de IR*	SUS (ou rede privada)	
Reserva de cargos em concursos públicos	SUS (ou rede privada)	
Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência	SUS (ou rede privada)	
Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos	Detran	X

Elaboração do GTE. (*) GTE do instrumento rediscutiu as políticas e concluiu essa não seria afetada pela introdução do modelo único.

3.2. Projeções

A seguir, apresenta-se projeções para o custo das avaliações futuras, após a introdução do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial. Essas projeções são baseadas em um estudo do Ipea (2018), intitulado “Avaliação Unificada de Deficiência: Projeções parametrizadas, considerando reavaliações periódicas e o envelhecimento populacional”. A metodologia permite a construção de cenários de acordo com a frequência de reavaliações e outros parâmetros. O foco das simulações é o custo com os profissionais avaliadores apenas, de modo que outros componentes, como custos fixos, administrativos e com materiais, são desconsiderados.

No estudo supracitado, a equipe do Ipea apresenta projeções de longo prazo, visando captar mudanças demográficas. Mas a ênfase do presente relatório reside nos primeiros anos, pois

deseja-se comparar o custo do modelo unificado com o que é verificado hoje em dia. O resultado intuitivo é uma redução no número de avaliações, uma vez que as PcDs não precisarão ser avaliadas a cada vez que tentam acessar um benefício ou serviço, como ocorre hoje. Contudo, deve-se observar que a existência de lacunas nas estimativas do número de avaliações realizadas no presente prejudica essa comparação. De todo modo, os resultados apresentados a seguir são úteis para dimensionar o custo da avaliação sob o modelo unificado e identificar quais fatores podem afetá-lo de maneira mais relevante.

Não cabe aqui discutir detalhadamente a metodologia desenvolvida pelo Ipea, mas apresenta-se os principais elementos na tabela 7. Considera-se a incidência de deficiência por idade e sexo, e de acordo com o nível de severidade (severa, moderada ou leve), captada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE, que foi a campo no ano de 2013. A projeção do número de PcDs decorre também de projeções populacionais do IBGE. O número anual de avaliações depende também da frequência de reavaliações, sendo que o custo é bastante sensível a esse parâmetro.

Tabela 7: Síntese da metodologia de projeções

Variável	Fórmula	Fonte dos dados e hipóteses
Probabilidade (*Pr*) de deficiência do tipo *s* (severa, moderada ou leve) para os indivíduos com idade *i* e sexo *g*	$Pr_{s,i,g} = D_{s,i,g}/P_{s,i,g,}$	PNS realizada pelo IBGE em 2013
Número de pessoas com deficiência no ano *a* a partir de dados populacionais por idade e sexo (*Pj*):	$D_{a,s,i,g} = Pr_{s,i,g} * Pj_{a,i,g}$	Projeções populacionais do IBGE
Número de avaliações (Pe) de acordo com a periodicidade de reavaliações (*Re*)	$Pe = D_s/Re_{s,}$	PNS e projeções populacionais do IBGE; Hipótese de que periodicidade de reavaliações (*Re*) varia de acordo com a severidade *s* da deficiência (apenas um artifício metodológico, pois reversibilidade tem relação no máximo tênue com o grau da deficiência)
Número necessário de peritos médicos e assistentes sociais (NP) no ano *a* depende do número de dias úteis (Ut), da carga diária de trabalho (Chd), do número de avaliações por hora (ph) e da existência de alguma fricção que reduz a capacidade efetiva de atendimento (fricção)	$NP = Pe/Ut/Chd/ph * fricção,$	Hipóteses para carga horária e duração das avaliações; considera cenários para fricções
Custo total da avaliação é dado pelo custo individual (CI), salários dos profissionais envolvidos, e pelo número total de avaliações	$CT_a = Pe_a * CI$	Resultado das etapas anteriores

Fonte: Ipea (2018).

As projeções apresentadas são adaptações simples dos resultados apresentados pelo Ipea. Os cenários são descritos na tabela 8 e consideram diferentes parâmetros no que se refere ao custo dos profissionais e a frequência de reavaliações. Para simplificar, admite-se sempre que as

avaliações têm duração de 30 minutos por profissional e que a equipe é formada por um médico e outro profissional não médico. Vale ressaltar que nenhum cenário deve ser interpretado como recomendação do GTE. O objetivo é apresentar as ordens de magnitude relevantes e a sensibilidade das estimativas em relação às principais premissas.

Os três primeiros cenários são muito parecidos com aqueles apresentados pelo Ipea, sendo que a diferença reside apenas nos salários dos profissionais: o primeiro considera o salário-hora do médico perito da SPMF e do profissional de saúde não médico do INSS; o segundo adota o salário médio do médico do SUS e de outro profissional da saúde do SUS; e o terceiro utiliza uma média ponderada do médico do SUS e da SPMF e do outro profissional da saúde do SUS e do profissional de saúde não médico do INSS. Nos três casos, a frequência de reavaliação é determinada de acordo com o grau da deficiência, sendo igual a 2 anos para deficiência leve, 5 anos para moderada e 10 anos para deficiência grave. Esse é apenas um artifício metodológico adotado pelo Ipea, que esclarece que a reversibilidade da deficiência apresenta, no máximo, uma relação tênue com sua severidade. Os demais cenários, portanto, não adotam esse artifício.

O quarto cenário considera a reavaliação a cada 5 anos independentemente do grau da deficiência. O quinto cenário considera que os indivíduos com deficiência congênita são reavaliados a cada 10 anos e o sexto desconsidera a avaliação de idosos (indivíduos com 60 anos ou mais de idade). O sétimo cenário considera as duas hipóteses acima, ou seja, que os indivíduos com deficiência congênita são reavaliados a cada 10 anos e que os idosos não são reavaliados. Tento em vista que algumas políticas demandam a reavaliação a uma frequência mais alta, os cenários de número 8 a 11 reduzem de 5 para 2 anos o período de referência para as reavaliações.

Tabela 8: Descrição dos cenários*

#	Salário dos profissionais	Frequência de reavaliações
1	Médico perito e profissional de saúde não médico do INSS	Varia de acordo com o grau da deficiência, sendo igual a 2 anos para deficiência leve, 5 anos para deficiência moderada e 10 anos para deficiência grave
2	Médico do SUS e profissional não médico do SUS (*proxies*)	Varia de acordo com o grau da deficiência, sendo igual a 2 anos para deficiência leve, 5 anos para deficiência moderada e 10 anos para deficiência grave
3	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	Varia de acordo com o grau da deficiência, sendo igual a 2 anos para deficiência leve, 5 anos para deficiência moderada e 10 anos para deficiência grave
4	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	A cada 5 anos, independentemente do grau da deficiência
5	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	A cada 5 anos, exceto no caso de deficiência congênita (reavaliação a cada 10 anos)
6	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	A cada 5 anos, mas não avalia idosos (60 anos ou mais)
7	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	A cada 5 anos, exceto no caso de deficiência congênita (a cada 10 anos) e idosos (não reavalia)

8	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	A cada 2 anos, independentemente do grau da deficiência
9	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	A cada 2 anos, exceto no caso de deficiência congênita (reavaliação a cada 10 anos)
10	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	A cada 2 anos, mas não avalia idosos (60 anos ou mais)
11	Médico médio e outro profissional da saúde médio (salários iguais à média, ponderada pelo número de avaliações)	A cada 2 anos, exceto no caso de deficiência congênita (a cada 10 anos) e idosos (não reavalia)

(*) Os salários-hora considerados são: R$ 130 para o médico perito, R$ 63,5 para o profissional de saúde não médico do INSS, R$ 100,3 para o médico do SUS e R$ 53,75 para o profissional não médico do SUS. Esses são os valores médios encontrados por meio de uma consulta na base de dados do SIAPE.

O restante desta seção descreve os resultados encontrados. Os valores se referem à média anual do custo com os profissionais necessários para executar as avaliações. A média foi computada nos 10 primeiros anos de projeção.

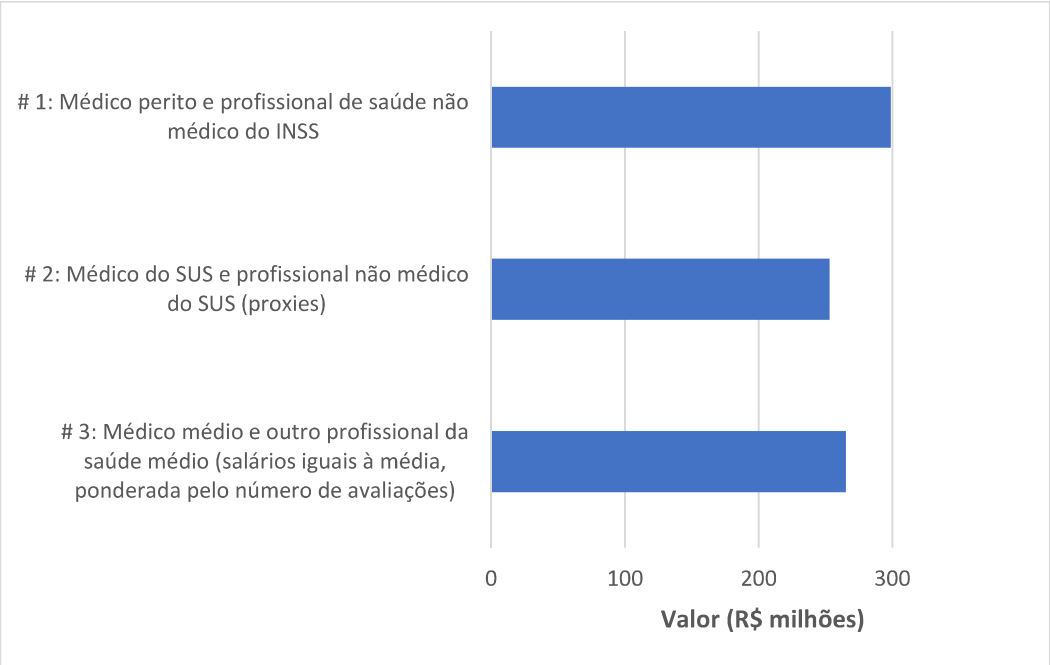
A principal mensagem é que a frequência de reavaliações afeta substancialmente o custo das avaliações sob o modelo único. A ênfase nesse aspecto se justifica porque, hoje em dia, as diferentes políticas demandam reavaliações em prazos variados: por exemplo, a cada 2 anos no caso do BPC, 3 anos para o Passe Livre Interestadual, nenhuma vez no caso da aposentadoria programada de PcD e a cada viagem no caso de desconto de passagem e bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência. Os salários dos profissionais, evidentemente, também afetam os resultados, mas a sensibilidade não é tão grande para a faixa de valores considerada.

Na figura 4, o cenário neutro é aquele que considera o salário médio dos profissionais ponderado pelo número de avaliações realizadas atualmente. O custo das avaliações nesse cenário é de R$ 254 milhões considerando a reavaliação de acordo com o grau da deficiência (cenário 3). Esse custo é R$ 16,1 milhões (6,3%) menor se todas as avaliações fossem realizadas pelos profissionais do SUS (cenário 2) e R$ 44,8 milhões (17,6%) maior se todas elas fossem realizadas pelo médico perito da SPMF e pelo profissional de saúde não médico do INSS (cenário 1).

Um aspecto desconsiderado nas projeções é uma possível redução nas despesas com diárias e passagens no âmbito da política do BPC sob o cenário 2, que admite que todas as avaliações são realizadas no SUS. O valor médio das diárias e passagens foi de R$ 4,0 milhões entre 2015 e 2018[3]. Nota-se que os valores anteriores a 2015 foram um pouco mais elevados (acima de R$ 4 milhões de 2012 a 2014), mas o gasto com os mesmos elementos foi de apenas R$ 1,1 milhão em 2019.

Figura 4: Cenários para o custo das avaliações sob o sistema único: salário dos profissionais – média anual dos 10 primeiros anos de projeções

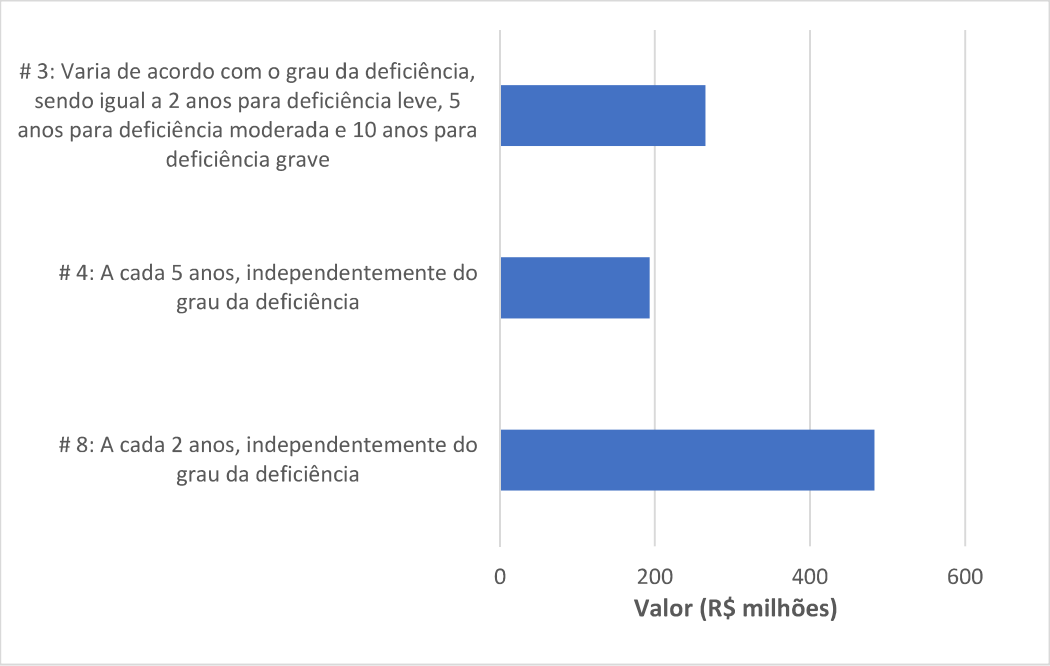
[3] Ação 2589: Avaliação e operacionalização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social e manutenção da Renda Mensal Vitalícia; elementos de despesa 06, 14, 33 e 93 (benefício mensal ao deficiente e ao idoso, diárias – civil, passagens e despesas com locomoção e indenizações e restituições).



Elaboração do GTE a partir de adaptação da metodologia do Ipea.

As projeções são mais sensíveis à hipótese de frequência de reavaliações, como demonstra a figura 5. Nessa figura, o cenário de referência é aquele em que a reavaliação depende do grau da deficiência e gera um custo médio anual de R$ 254 milhões (cenário 3). A reavaliação a cada 5 anos (cenário 4), independentemente do grau da deficiência, reduz R$ 68,9 milhões (27,1%) no custo. Por outro lado, a despesa com os profissionais aumenta muito se todos forem reavaliados a cada 2 anos (cenário 8). Nesse caso, o custo seria R$ 208,7 milhões (82,2%) maior em relação ao cenário 3.

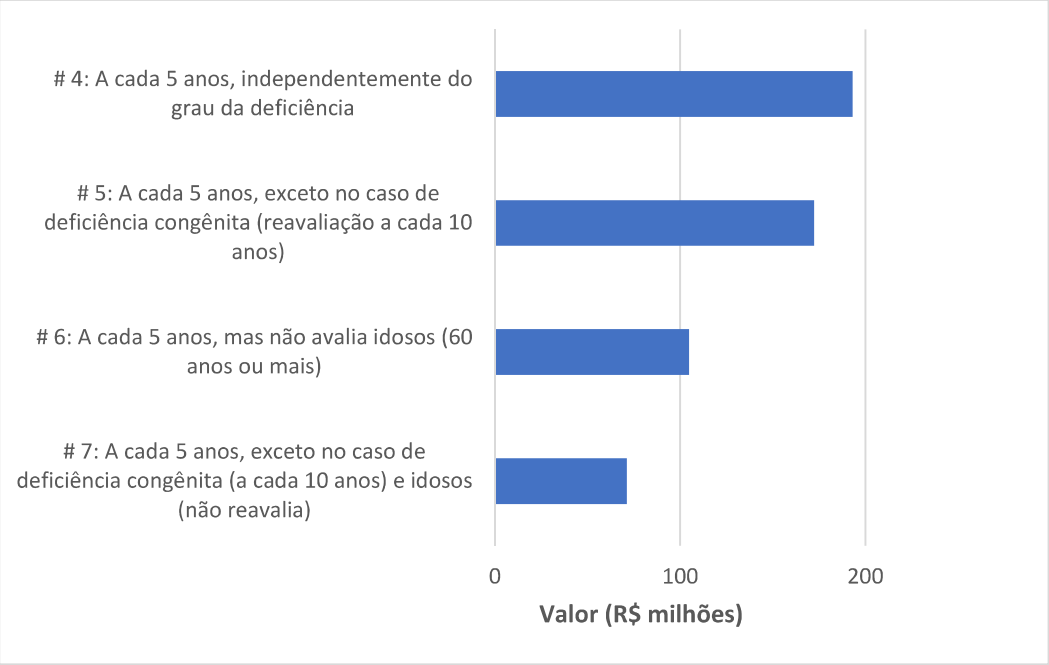
Figura 5: Cenários para o custo das avaliações sob o sistema único: frequência de reavaliações – média anual dos 10 primeiros anos de projeções



Elaboração do GTE a partir de adaptação da metodologia do Ipea.

Os próximos fatores considerados são o prazo diferenciado de reavaliações para indivíduos com deficiência congênita e a dispensa de reavaliação para idosos. Na figura 6, adota-se como referência a reavaliação a cada 5 anos independentemente do grau da deficiência (cenário 4), que apresenta um custo anual médio de R$ 185,1 milhões. Esse custo diminui R$ 19,9 milhões (10,8%) se os indivíduos com deficiência congênita são reavaliados a cada 10 anos apenas (cenário 5) e R$ 84,5 milhões (45,7%) se os idosos não são avaliados (cenário 6). A diferença é de R$ 100,7 milhões (54,4%) quando há interação entre ambos (deficiência congênita é reavaliada a cada 10 anos e idosos não são reavaliados).

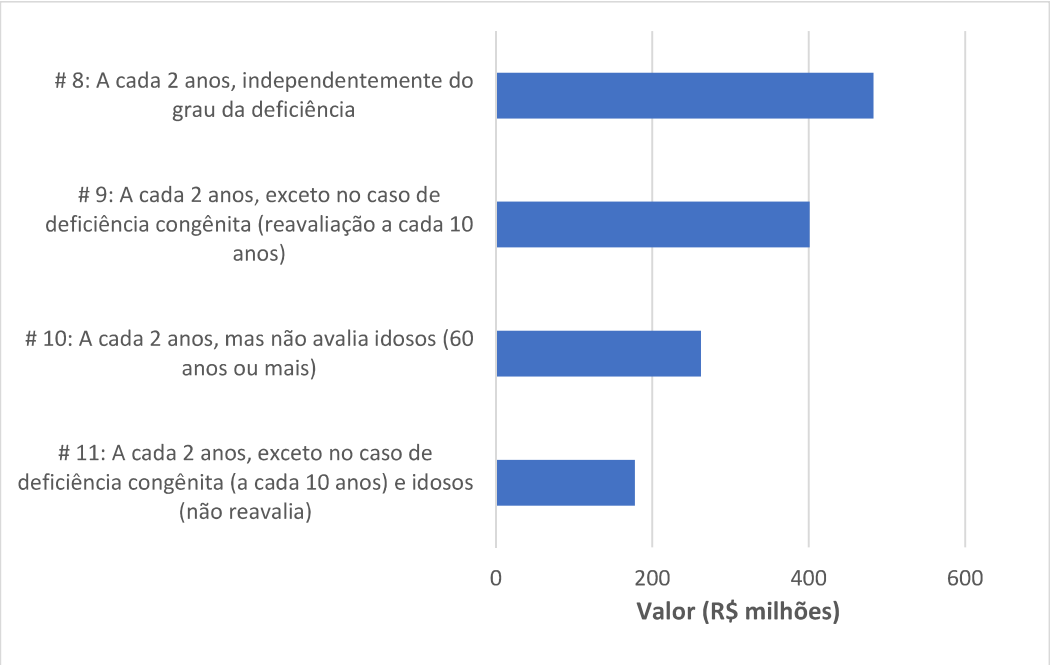
Figura 6: Cenários para o custo das avaliações sob o sistema único: frequência de reavaliações com suposições específicas para deficiência congênita e idosos (período de referência de 5 anos) – média anual dos 10 primeiros anos de projeções



Elaboração do GTE a partir de adaptação da metodologia do Ipea.

Os mesmos fatores são considerados na figura 7, que adota como referência a reavaliação a cada 2 anos, independentemente do grau da deficiência, que apresenta um custo anual de R$ 462,7 milhões (cenário 8). Os resultados qualitativos são os mesmos: reduzir a frequência de reavaliação para indivíduos com deficiência congênita e, principalmente, dispensar os idosos da avaliação reduz bastante o custo com os profissionais. A diferença é de R$ 275,8 (59,6%) quando se considera os dois fatores (cenário 11).

Figura 7: Cenários para o custo das avaliações sob o sistema único: frequência de reavaliações com suposições específicas para deficiência congênita e idosos (período de referência de 2 anos) – média anual dos 10 primeiros anos de projeções



Elaboração do GTE a partir de adaptação da metodologia do Ipea.

Os resultados descritos anteriormente podem ser resumidos do seguinte modo:

- O custo com as avaliações propriamente ditas é proporcionalmente pequeno quando comparado ao total gasto com os benefícios e serviços;
- As estimativas consideram apenas o custo com os profissionais e não captam possíveis incrementos na eficiência administrativa, nem tampouco ganhos de bem-estar para as PcDs, que podem resultar da adoção do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial;
- As projeções não são diretamente comparáveis às estimativas do custo atual porque existem lacunas importantes no número de avaliações realizadas no âmbito de cada política hoje em dia;
- As estimativas situam-se dentro de uma margem ampla, de R$ 84,4 milhões a R$ 462,7 milhões, pois adota-se cenários diferentes para os salários dos profissionais e para a frequência de reavaliações;
- As hipóteses adotadas com relação à frequência de reavaliações, bem como a possível dispensa de avaliações no caso de idosos, afetam bastante os resultados;
- Nenhum cenário apresentado constitui recomendação do GTE: o objetivo é informar as instâncias decisórias acerca das possíveis variações de custo de acordo com opções de regulação do modelo único de avaliação biopsicossocial da PcD.

4. Análise da introdução do IFBr-M na política do Benefício de Prestação Continuada para a PcD

A motivação de se realizar uma avaliação específica do BPC destinado à PcD baseia-se no fato de que essa é a política mais relevante do ponto de vista orçamentário entre as 31 analisadas. O BPC é a maior política assistencial do país em termos de gasto público, sendo que a parcela referente às PcDs é superior a toda a despesa do Programa Bolsa Família. Uma vez que valor da

despesa com essa política é muito elevado, qualquer ampliação no público precisa ser dimensionada adequadamente.

Duas abordagens foram propostas no GTE. A primeira metodologia é uma análise apenas exploratória. O estudo consiste em construir correspondências entre os questionários e as unidades de classificação do IFBr-M e do atual instrumento do BPC a partir dos dados das avaliações realizadas no âmbito dessa política nos últimos anos. A limitação desse tipo de trabalho reside nas diferenças estruturais entre os dois instrumentos e na ausência de relação direta entre os qualificadores do BPC e a pontuação do IFBr-M. Mas, ainda assim, acredita-se que o estudo seja válido, capaz de gerar resultados qualitativos interessantes, mas não conclusivo em termos de impacto orçamentário. A segunda metodologia consiste na aplicação do instrumento do BPC e do IFBr-M em uma amostra de requerentes do BPC. Essa é a maneira mais apropriada para avaliar o impacto que a substituição do instrumento pode acarretar no orçamento, já que permite estimar a variação no público do BPC a partir da caracterização dos requerentes como PcD utilizando os dois instrumentos.

Na semana de 5 de outubro de 2020, foi constituído um subgrupo – formado por membros dos GTEs do orçamento e do instrumento – para analisar o possível impacto da substituição do instrumento do BPC pelo IFBr-M. Acredita-se, portanto, que os detalhes acerca da execução sejam discutidos nesse fórum. A seguir, apresenta-se sucintamente o que já foi produzido no GTE do orçamento.

4.1. Análise exploratória

O estudo exploratório consiste em utilizar os dados das avaliações realizadas no âmbito da política do BPC da PcD desde 2015, que é o período de vigência da versão atual do instrumento vigente (Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015), para obter uma pontuação para cada indivíduo de acordo com o IFBr-M. No entanto, há uma série de limitações nesse trabalho, sendo as principais indicadas a seguir.

A primeira diferença reside na ênfase dos dois instrumentos (tabela 9). A pontuação do IFBr-M é baseada no componente de atividades e participação da CIF. Já o instrumento do BPC considera também as funções do corpo e os fatores ambientais, que são qualificados pelos profissionais avaliadores e influenciam diretamente na caracterização ou não do requerente como PcD, o que afeta a concessão do benefício. Com efeito, embora os fatores ambientais e as funções do corpo estejam presentes no IFBr-M, eles não apresentam influência direta na pontuação do indivíduo.

Tabela 9: Componentes da CIF no instrumento do BPC e no IFBr-M

	Instrumento do BPC	**IFBr-M**
Atividades e participação	Domínios e categorias a diferentes níveis	Domínios e categorias a diferentes níveis
Fatores ambientais	Formulário com qualificadores	Indicado ao lado da atividade (não afeta a pontuação diretamente)
Funções do corpo	Formulário com qualificadores	Formulário no qual o médico pode indicar a função acometida (não afeta a pontuação diretamente, mas a seleção da régua que será aplicada)

Elaboração do GTE a partir do material produzido pela UNB e da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015.

Mas isso não representaria um empecilho tão grande para a comparação desejada se todas questões do componente atividades e participação do IFBr-M fossem contempladas pelo instrumento do BPC. Porém, esse não é o caso: da mesma forma que o IFBr-M não considera todos os componentes do instrumento do BPC, este também não contempla todas as questões do IFBr-M ou similares, de acordo com os códigos da CIF. Consequentemente, alguma extrapolação parece necessária. A diferença torna-se substancial para idades específicas, sobretudo na infância.

A segunda diferença são as unidades de classificação. O instrumento do BPC adota qualificadores baseados na CIF de acordo com o percentual de alteração, dificuldade ou barreira (tabela 10). Cada componente é qualificado desse modo e a combinação dos qualificadores de funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais é que determina o resultado da avaliação para o BPC. A Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015 apresenta uma tabela conclusiva com todas as 125 combinações possíveis de qualificadores.

Tabela 10: Qualificadores do BPC de acordo com o percentual de comprometimento (deficiência, barreira ou dificuldade)

Qualificador da alteração, barreira ou dificuldade	Percentual
0-Nenhuma	0 a 4
1-Leve	5 a 24
2-Moderada	25 a 49
3-Grave	50 a 95
4-Completa	96 a 100

Fonte: CIF.

O IFBr-M adota uma pontuação baseada na MIF (tabela 11). A pontuação do indivíduo é dada pela soma dos pontos de cada item analisado, corrigida pelo modelo linguístico Fuzzy – que pode reduzir a nota dos domínios que apresentam maior peso para cada tipo de impedimento (de acordo com a resposta à pergunta emblemática, a indisponibilidade de auxílio de terceiros, pontuação de 25 ou 50 em alguma atividade dos domínios relevantes ou pontuação igual a 75 em todas as atividades daqueles domínios). O resultado é determinado pela comparação da nota do indivíduo com a régua específica do tipo de deficiência e da faixa de idade.

Portanto, no tocante às unidades de classificação, existem duas dificuldades: a correspondência entre os qualificadores da CIF e a pontuação baseada na MIF; e a correção da nota pela lógica Fuzzy.

Tabela 11: Qualificadores do BPC de acordo com o percentual de comprometimento (deficiência, barreira ou dificuldade)

Pontuação	Descrição
100-Independência total	Realiza a atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança
75-Independência modificada	Realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente
50-Dependência parcial	Realiza a atividade com o auxílio de terceiros. O indivíduo participa de alguma etapa da atividade. Inclui preparo e supervisão.

25-Dependência total	Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de nenhuma etapa da atividade. Se é necessário o auxílio de duas ou mais pessoas.

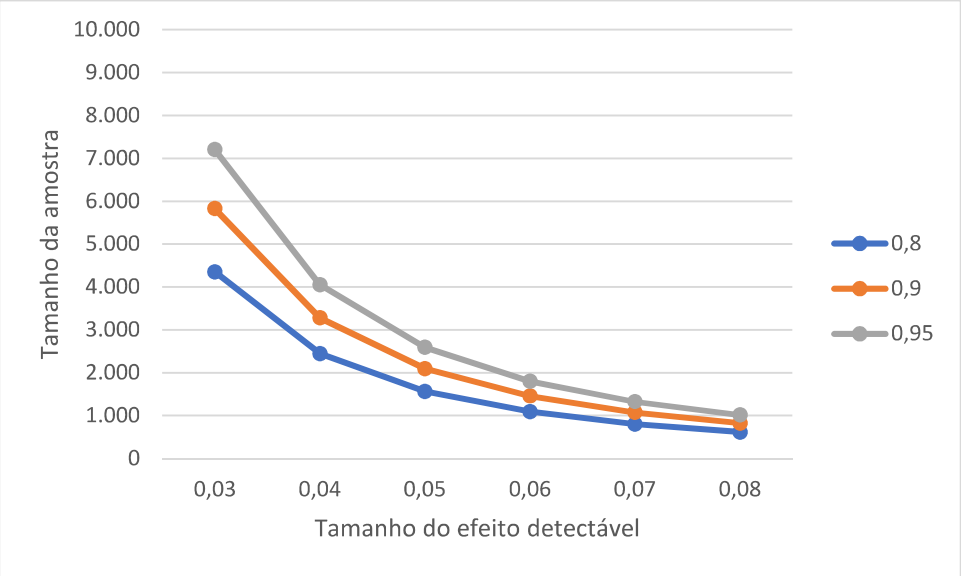
Fonte: UNB, 2020a.

4.2. Avaliação amostral dos requerentes do BPC

A partir das considerações anteriores, fica claro que a utilização da base de dados do BPC para analisar o IFBr-M apresenta limitações importantes. Nesse sentido, a aplicação do IFBr-M nos requerentes do BPC está bem justificada. O GTE tentou dimensionar a amostra, analisou como poderia se dar a alocação entre os requerentes e, adicionalmente, identificou os encaminhamentos necessários.

No que se refere ao tamanho da amostra, considera-se que com um número entre 4.000 e 5.000 avaliações obtém-se um teste com propriedades desejáveis, isto é, que capta um efeito entre 0,03 e 0,04 com 5% de significância e um poder de, no mínimo, 80%. A figura 8 apresenta algumas simulações que dão suporte a essa conclusão.

Figura 8: Dimensionamento da amostra de acordo com o poder do teste e o tamanho do efeito que se deseja detectar para um nível de significância igual a 5% (teste bilateral)*



(*) Cálculos executados conforme Cohen (1988). Considera-se o caso em que se calcula duas estatísticas (as duas contribuem para a variância do erro) a partir de amostras de tamanho igual. Considera que a taxa de concessão é de 0,47, conforme dados do SIBE. Teste unilateral apresenta propriedades melhores (poder, nível de significância e/ou efeito detectável) para qualquer tamanho de amostra fixo.

Uma maneira de analisar o quão relevante é a alocação da amostra é comparar a distribuição dos requerimentos pendentes de análise com a distribuição das avaliações realizadas no âmbito da política desde 2015. Se as duas distribuições forem parecidas, uma amostragem aleatória simples pode ser a melhor opção. A tabela 12 indica que há proporcionalmente mais crianças de até 4 anos entre os requerimentos pendentes do que entre as avaliações já realizadas, sendo que o inverso ocorre entre os requerentes PcD de 60 anos ou mais. A diferença na faixa de 11 a 17 anos, apesar de significante, é de magnitude pequena e poderia ser desconsiderada. De todo modo, a alocação da amostra é um aspecto importante que demanda atenção.

Tabela 12: Análise de alocação: comparativo entre avaliações do BPC desde 2015 e requerimentos pendentes

	Número		Distribuição		
	Total de avaliações da PcD realizadas desde 2015	Requerimentos pendentes	Total de avaliações da PcD realizadas desde 2015	Requerimentos pendentes	Estatística z
0-4	143.071	6.961	5,6%	10,6%	-55,7***
5-10	130.806	12.008	9,7%	9,7%	-0,2
11-17	104.751	9.218	7,4%	7,8%	-4,3***
18-59	818.313	75.282	60,8%	60,8%	0,0
60+	148.727	20.335	16,4%	11,1%	56,7***
Total	1.345.668	123.804	100,0%	100,0%	-

Fonte: SIBE e BG Tarefas, disponibilizado pelo MC. (***) significante a 1%.

Finalmente, uma avaliação dessa natureza requer apoio institucional e a solução de algumas questões de ordem prática, relacionadas à agenda dos profissionais e à execução da pesquisa. A tabela 13 apresenta as principais questões identificadas e a situação de cada uma delas. O quadro apresentado sugere que o teste amostral, além de essencial para avaliar o impacto orçamentário, é plenamente viável.

Tabela 13: Encaminhamentos necessários e situação

Encaminhamento necessário	Situação
Apoio institucional	Superado: apoio da SPREV e INSS
Funcionamento das APS	Reabertura gradual, cronograma atende às necessidades da pesquisa
Agenda dos profissionais	Validar proposta com a SPMF e o INSS
Adaptação de sistema	Necessário incluir campos adicionais no PMF tarefas e no GET com as entradas do IFBr-M, o que é relativamente simples
Protocolo de pesquisa científica envolvendo seres humanos	Contato realizado, pendente de encaminhamentos

Elaboração do GTE.

5. Considerações finais

Este relatório resume a produção do GTE do orçamento. O conteúdo exposto neste texto foi apresentado nas reuniões virtuais e, em muitos casos, aprimorado a partir das considerações de seus membros. As conclusões mais importantes são qualitativas, dada o conjunto amplo de políticas para a PcD e a indisponibilidade de informações em vários casos.

A partir da relação de 31 políticas apresentada pela SNDPD, o GTE analisou de que forma a introdução do instrumento e do modelo único de avaliação biopsicossocial da PcD poderia afetar o orçamento. Dois canais foram identificados, quais sejam: a variação no público das diferentes políticas e a despesa com a aplicação das avaliações. Esse diagnóstico orientou a produção do grupo desde a primeira reunião.

No que se refere ao custo com a aplicação das avaliações, o GTE desenvolveu estimativas do número atual de avaliações no âmbito de cada política, bem como projeções que consideram a implantação do modelo único. Infelizmente, é inviável comparar as avaliações realizadas atualmente com as projeções, uma vez que existem lacunas importantes nos dados. Estima-se um total de 1,4 milhão de avaliações por ano ao custo de R$ 140,6 milhões para um conjunto de 18 políticas (não há dados para 6 políticas e outras 7 não demandam avaliações da condição de PcD). As projeções de gasto, por seu turno, situam-se dentro de uma margem ampla, que varia de R$ 84,4 milhões a R$ 462,7 milhões, pois considera-se cenários diferentes para o salário dos profissionais e a frequência de reavaliações. As hipóteses adotadas com relação à frequência de reavaliações, bem como a possível dispensa de avaliações no caso de idosos, afetam bastante os resultados.

Embora o custo com a aplicação das avaliações seja pequeno quando comparado com os valores dos benefícios e serviços das políticas, não se deve desconsiderar que a mudança na forma de avaliação deve vir acompanhada de um planejamento do financiamento considerando a questão federativa. Atualmente, grande parte das avaliações é realizada pelo SUS e o custo dos profissionais é suportado pelos estados, DF e municípios, além do governo federal. Ademais, a parcela das avaliações que é realizada na rede privada pode também ser canalizada para o sistema público.

É inviável analisar como o público de cada política individualmente poderia ser modificado a partir da alteração na avaliação da PcD. A análise da relevância das políticas do ponto de vista orçamentário indica que o BPC da PcD é a mais importante nessa ótica: a maior parte das 31 políticas analisadas apresenta despesa com benefícios ou serviços próxima de zero, enquanto o BPC é a maior política de assistência social do País: o volume destinado apenas à PcD é maior do que todo o gasto com o Programa Bolsa Família.

Portanto, acredita-se que é essencial analisar o impacto da introdução do instrumento único na política do BPC por meio de estudos específicos. O relatório apresenta duas metodologias distintas e complementares. A análise exploratória dos dados das avaliações do BPC é válida, mas não será conclusiva, tento em vista as diferenças no conteúdo dos instrumentos e nas unidades de classificação, entre outros fatores. Considera-se que é indispensável realizar um teste de campo nos requerentes da política. O relatório descreve as etapas para execução dessa pesquisa e indica a situação no presente.

Referências

Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd edition. Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. Avaliação Unificada de Deficiência: Projeções parametrizadas, considerando reavaliações periódicas e o envelhecimento populacional. Brasília, 2018.

Universidade de Brasília – UNB. Análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras. Brasília, 2020a.

Universidade de Brasília – UNB. Manual de aplicação Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM). Brasília, 2020b.

Apêndice

Tabela A1: Agenda de reuniões e pautas

#	Pauta	Data	Horário
1	Produtos e cronograma	04/09	10:00
2	- Políticas para PcD (MMFDH) - Avaliações da PcD (MMFDH) - Metodologia de cenários de demanda por avaliações (SPREV-ME)	09/09	10:00
3	- Estimativas de gastos e isenções no âmbito de cada política (STN e SOF-ME)	16/09	10:00
4	- Pensões do RGPS para dependente PcD (INSS) - Metodologia para análise do BPC (MC e ME)	23/09	15:30
5	- Políticas e avaliações (SPREV-ME)	30/09	15:30
6	- Novos cenários para avaliações (SPREV-ME) - Financiamento do SUS e da rede de cuidados à PcD (MS)	07/10	15:30
7	Relatório do GTE	14/10	15:30

Estudo exploratório dos requerimentos de BPC à pessoa com deficiência

Secretaria de Previdência e Ministério da Cidadania

O estudo contou com contribuições de integrantes dos Grupos Técnicos Especializados do Instrumento e do Orçamento e colaboradores da Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, mas foi executado e redigido pela Secretaria de Previdência e pelo Ministério da Cidadania.

1. Introdução

O objetivo do presente estudo é comparar o resultado da avaliação da deficiência pelo Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) com o resultado obtido através do instrumento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela Portaria Conjunta MDS/INSS n. 2, de 30 de março de 2015.

Para tanto, utilizamos os dados das avaliações realizadas para fins de reconhecimento de direito ao BPC desde 2015 e inferimos qual teria sido o resultado de cada avaliação caso o IFBr-M tivesse sido usado no lugar do instrumento do BPC. Tal inferência foi realizada através do pareamento dos itens de classificação do instrumento do BPC com as atividades da matriz do IFBr-M, por meio dos códigos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), bem como da correspondência entre os qualificadores do BPC (unidades de classificação da CIF) e a pontuação do IFBr-M, baseada na Medida de Independência Funcional (MIF) adaptada.

Os resultados mostram que as duas avaliações são muito destoantes porque quase todos os requerentes de BPC teriam sido considerados pessoas com deficiência caso o IFBr-M tivesse sido usado no reconhecimento de direito ao benefício. Os resultados qualitativos são robustos aos procedimentos metodológicos que poderiam ser considerados controvertidos, como a correspondência entre os qualificadores da CIF e a MIF adaptada e a forma de identificação do impedimento na base de dados, entre outros. Por fim, o estudo explica por que o IFBr-M apresenta uma taxa de caracterização tão elevada e por qual motivo os resultados por faixa etária são muito diferentes do esperado.

O restante do trabalho está organizado em quatro seções: a seção 2 explica a metodologia de análise, a seção 3 descreve sucintamente os dados, a seção 4 apresenta os resultados e a seção 5 conclui.

2. Metodologia

Neste estudo, os dados das avaliações biopsicossociais para reconhecimento de direito ao BPC serão usados para inferir qual teria sido o resultado da avaliação pelo IFBr-M. A metodologia consiste em quatro etapas:

- Pareamento entre as atividades do IFBr-M e os itens de classificação do instrumento do BPC;
- Transformação dos qualificadores do BPC (unidades de classificação da CIF) para a pontuação do IFBr-M (MIF adaptada);

- Reprodução do modelo linguístico fuzzy; e
- Classificação dos requerentes do BPC de acordo com o grau de deficiência a partir das réguas resultantes da pesquisa de validação.

2.1 Pareamento entre as atividades do IFBr-M e os itens de classificação do instrumento do BPC

Para usar os dados das avaliações do BPC para inferir qual teria sido o resultado do IFBr-M, precisamos, em primeiro lugar, atribuir um qualificador do instrumento do BPC, baseado na CIF (0 - nenhum, 1 - leve, 2 - moderado, 3 - grave ou 4 - completo), para cada item de classificação da matriz de atividades do IFBr-M. O pareamento foi realizado por meio dos códigos da CIF, conforme a tabela 1.

O pareamento não é exato porque algumas atividades do IFBr-M não estão presentes no instrumento do BPC. Por esse motivo, realizamos algumas extrapolações, atribuindo a moda do domínio para as atividades do IFBr-M sem correspondência no instrumento do BPC. No cálculo da moda, consideramos somente os itens de classificação pareados e não todos as atividades do domínio existentes no instrumento do BPC. No caso de existir mais de uma moda, consideramos a menor (entre 1 - leve e 2 - moderado, por exemplo, escolhemos 1 - leve), para que o procedimento não superestime a caracterização da deficiência pelo IFBr-M.

Por outro lado, o instrumento do BPC possui atividades, bem como diversos itens de classificação de outros domínios integrantes do conceito de deficiência (funções do corpo e fatores ambientais), que não possuem correspondência no IFBr-M. Como veremos adiante, o fato de o IFBr-M desconsiderar esses outros componentes da deficiência faz uma grande diferença no resultado.

Tabela 1: Correspondência entre as atividades do IFBr-M e os itens de classificação do instrumento do BPC

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
1.3 Aprender a calcular Desenvolver a capacidade de trabalhar com números e realizar operações matemáticas simples e complexas, tais como, utilizar símbolos matemáticos para somar e subtrair e aplicar, num problema, a operação matemática correta.- d150 (A partir dos 10 anos de idade)	106. Dificuldade para aprender a calcular e aplicar este conhecimento (calcular, compreendendo o significado de símbolos e operações matemáticas) – d150 / d172	107. Dificuldade para aprender a calcular e aplicar esse conhecimento (calcular, compreendendo o significado de símbolos e operações matemáticas), de forma compatível com a faixa etária – d150 / d172 (a partir de 6 anos)
1.4 Adquirir habilidades desenvolver as capacidades básicas e complexas necessárias para a execução de um conjunto integrado de ações ou tarefas de maneira que, ao adquirir essa competência, consiga iniciar e concluir a sua execução, tais como, participar de jogos, raciocínio lógico e memorização.– d155 – adaptado (A partir dos 6 meses de idade)	107. Dificuldade para adquirir e executar habilidades básicas (usar talheres, lápis, entre outras) e complexas (jogos, esportes, utilizar ferramentas, relógio, entre outras) – d155	108. Dificuldade para adquirir e executar habilidades básicas (usar talheres, lápis, entre outras) e complexas (jogos, esportes, utilizar ferramentas, relógio, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d155 (a partir de 2 anos)
	103. Dificuldade para imitar ou copiar algo que configure aprendizagem básica (imitar um gesto ou um som, copiar números ou letras do alfabeto, entre outras situações simples) – d130	102. Dificuldade para imitar ou copiar algo que configure aprendizagem básica (imitar, aprender brincando, copiar um gesto, som ou letras, jogos simbólicos ou “faz de conta”, entre outras situações simples), de forma compatível com a faixa etária – d130 / d131 (a partir de 6 meses)
1.6 Resolver Problemas encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções, como por exemplo, na resolução de uma disputa entre duas pessoas.- d175 adaptada(A partir dos 7 anos de idade)	108. Dificuldade para concentrar a atenção, encontrar solução para problemas simples e complexos e tomar decisões – d160 / d175 / d177	109. Dificuldade para concentrar a atenção, encontrar solução para problemas simples e complexos e tomar decisões, de forma compatível com a faixa etária – d160 / d175 / d177 (a partir de 7 anos)
1.8 Realizar uma única tarefa e atender a um único comando realizar ações coordenadas simples ou complexas, relacionadas com os componentes mentais e/ou físicos de uma tarefa simples, inclui iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais necessários para a realizar, decidir o ritmo de execução. – d210 (adaptado) (A partir dos 2 anos de idade)	X	110. Dificuldade para realizar uma única tarefa ou atender a um único comando (preensão palmar voluntária, pegar voluntariamente um objeto, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d210 (a partir de 6 meses)

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
1.9 Realizar tarefas múltiplas e atender a múltiplos comandos realizar, uma após outra ou em simultâneo, ações coordenadas simples ou complexas, consideradas como componentes de tarefas múltiplas, integradas e complexas. – d220 (A partir dos 3 anos de idade)	109. Dificuldade para realizar tarefas múltiplas, atender a comandos múltiplos, realizar a rotina diária, de forma independente ou a comando de outros – d220/ d230	111. Dificuldade para realizar tarefas múltiplas, atender a comandos múltiplos, realizar a rotina diária, de forma independente ou a comando de outros, de forma compatível com a faixa etária – d220/ d230 (a partir de 7 anos)
	X	110. Dificuldade para realizar uma única tarefa ou atender a um único comando (preensão palmar voluntária, pegar voluntariamente um objeto, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d210 (a partir de 6 meses)
2.3 Falar Refere-se a iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizada por meio da linguagem oral, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formais ou informais, produzindo mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito. – d330 (A partir de 1 ano de idade)	115. Dificuldade na fala (produção de sílabas, palavras, frases ou mensagens compreensíveis) – d330	117. Dificuldade na fala (produção de sílabas, palavras, frases ou mensagens compreensíveis), de forma compatível com a faixa etária – d330 (a partir de 1 ano)
2.4 Produção de mensagens não verbais Utilizar gestos, símbolos e/ou desenhos para transmitir mensagens – d335 (A partir dos 6 meses de idade)	116. Dificuldade na produção de mensagens não verbais (usar gestos, símbolos ou desenhos para se comunicar) – d335	118. Dificuldade na produção de mensagens não verbais (usar gestos, símbolos ou desenhos para se comunicar), de forma compatível com a faixa etária – d335 (a partir de 1 ano)
2.5 Compreensão de mensagens escritas (Inclui Braille, quando couber) Compreender os significados literais e implícitos das mensagens transmitidas por meio da linguagem escrita. –d325 (A partir dos 7 anos de idade)	114. Dificuldade na recepção e compreensão de mensagens escritas ou mensagens em braile (revistas, livros, jornais e outros) – d325	116. Dificuldade na recepção e compreensão de mensagens escritas ou mensagens em Braille (revistas, livros, jornais e outros), de forma compatível com a faixa etária – d325 (a partir de 7 anos)

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
2.6 Produção de mensagens escritas (Inclui Braille, quando couber) Produzir mensagens com significado literal e implícito transmitidas por meio da linguagem escrita. –d345 (A partir dos 7 anos de idade)	105. Dificuldade para aprender a escrever e utilizar este conhecimento (escrever, compreendendo o significado de vocábulos, frases e textos, inclusive em Braille, quando for o caso) – d145 / d170	106. Dificuldade para aprender a escrever e utilizar esse conhecimento (escrever, compreendendo o significado de vocábulos, frases e textos, inclusive em Braille, quando for o caso), de forma compatível com a faixa etária – d145 / d170 (a partir de 6 anos)
2.7 Conversação oral ou em libras Iniciar, manter, dar forma e terminar um diálogo ou troca de impressões com uma ou mais pessoas. –d350 (A partir dos 3 anos de idade)	118. Dificuldade na conversação (iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, usando qualquer forma de linguagem) – d350	120. Dificuldade na conversação (iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, usando qualquer forma de linguagem), de forma compatível com a faixa etária – d350 (a partir de 3 anos)
	111. Dificuldade na recepção de mensagens orais (compreender o significado de uma frase) – d310	113. Dificuldade na recepção de mensagens orais (compreender o significado de uma frase), de forma compatível com a faixa etária – d310 (a partir de 1 ano)
	112. Dificuldade na recepção de mensagens não verbais (transmitidas por gestos, símbolos, fotos, desenhos e expressões faciais, leitura labial) – d315	114. Dificuldade na recepção de mensagens não verbais (compreender mensagens transmitidas por gestos, símbolos, fotos, desenhos e expressões faciais, leitura labial), de forma compatível com a faixa etária – d315 (a partir de 2 anos)
	117. Dificuldade na produção de mensagens na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) – d340	119. Dificuldade na produção de mensagens na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), de forma compatível com a faixa etária – d340 (a partir de 7 anos)
	113. Dificuldade na recepção e compreensão de mensagens na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) – d320	115. Dificuldade na recepção e compreensão de mensagens na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), de forma compatível com a faixa etária – d320 (a partir de 7 anos)
3.1 Mudar e manter a posição do corpo Refere-se à: Mudar a posição básica do corpo: refere-se a sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro; Manter a posição do corpo: manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário. –d410	119. Dificuldade para mudar a posição básica do corpo (levantar, ajoelhar, agachar, deitar e/ou rolar) – d410	121. Dificuldade para mudar a posição básica do corpo (levantar, ajoelhar, agachar, deitar e/ou rolar), de forma compatível com a faixa etária – d410 (a partir de 6 meses)

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
e d415 (A partir dos 6 meses de idade)		
3.3 Alcançar, transportar e mover objetos Alcançar o objeto acima da cabeça, à frente, ao lado e abaixo; levantar, transportar nas mãos ou nos braços, ou sobre os ombros, sobre os quadris, costas ou cabeça; pousar objetos. –d430 (adaptada) (A partir dos 7 meses de idade)	121. Dificuldade para manusear, mover, deslocar e/ou carregar objetos, realizando movimentos finos – d430 / d435 / d440 / d445	123. Dificuldade para manusear, mover, deslocar e/ou carregar brinquedos ou objetos, realizando movimentos finos, de forma compatível com a faixa etária – d430/ d435/ d440/ d445 (a partir de 6 meses)
3.4 Deslocar-se dentro de casa Andar e mover-se dentro da própria casa, dentro de um quarto ou entre quartos e em toda a casa ou na área da habitação. – d4600 (A partir de 1 ano de idade)	123. Dificuldade para se deslocar utilizando equipamento ou dispositivo específico para facilitar a movimentação (andador, cadeira de rodas, muletas, bengala e outros) – d465	125. Dificuldade para se deslocar utilizando equipamento ou dispositivo específico para facilitar a movimentação (andador, cadeira de rodas, muletas, bengala e outros), de forma compatível com faixa etária – d465 (a partir de 3 anos)
3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios Andar e deslocar-se perto ou longe da própria casa e de outros edifícios, sem a utilização de transporte público ou privado.– d4602 (A partir dos 5 anos de idade)	122. Dificuldade para andar (mover-se a pé, por curtas ou longas distâncias, sem auxílio de pessoas, equipamentos ou dispositivos) – d450	124. Dificuldade para andar (mover-se a pé, por curtas ou longas distâncias, sem auxílio de pessoas, equipamentos ou dispositivos), de forma compatível com a faixa etária – d450 (a partir de 2 anos)
4.1 Comer Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável. – d550 (A partir dos 2 anos de idade)	126. Dificuldade para coordenar os gestos para comer, beber alimentos e bebidas servidos, sem auxílio – d550/ d560	128. Dificuldade para coordenar os gestos para comer, beber alimentos e bebidas servidos, sem auxílio, de forma compatível com a faixa etária – d550/ d560 (a partir de 3 anos)
4.2 Beber Coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável. -d560 (A partir dos 18 meses de idade)	126. Dificuldade para coordenar os gestos para comer, beber alimentos e bebidas servidos, sem auxílio – d550/ d560	128. Dificuldade para coordenar os gestos para comer, beber alimentos e bebidas servidos, sem auxílio, de forma compatível com a faixa etária – d550/ d560 (a partir de 3 anos)

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
4.3 Lavar-se Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados. –d510 (A partir dos 6 anos de idade)	124. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção) – d510/d520/ d530	126. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção, com supervisão ou não), de forma compatível com a faixa etária – d510/ d520/d530 (a partir de 5 anos)
4.4 Vestir-se Realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo com as condições climáticas e sociais (códigos e convenções da sociedade em que vive, implícitos ou explícitos). – d540 (A partir dos 4 anos de idade)	125. Dificuldade para se vestir (colocar, tirar e escolher roupas e calçados apropriados) – d540	127. Dificuldade para se vestir (colocar, tirar e escolher roupas e calçados apropriados), de f orma compatível com a faixa etária – d540 (a partir de 3 anos)
4.5 Cuidar de partes do corpo Refere-se aos cuidados pessoais com pele, rosto, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais. – d520 (A partir dos 10 anos de idade)	124. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção) – d510/d520/ d530	126. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção, com supervisão ou não), de forma compatível com a faixa etária – d510/ d520/d530 (a partir de 5 anos)
4.6 Regulação da micção Refere-se aos cuidados relacionados aos processos de excreção urinária envolvendo prever a eliminação, coordenar e controlar a micção e proceder à higiene subsequente. – d5300 (A partir dos 3 anos de idade)	124. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção) – d510/d520/ d530	126. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção, com supervisão ou não), de forma compatível com a faixa etária – d510/ d520/d530 (a partir de 5 anos)
4.7 Regulação da defecação Refere-se aos cuidados relacionados aos processos de excreção (d530), envolvendo prever a eliminação, coordenar e controlar a defecação e proceder à higiene subsequente. – d5301 (A partir dos 3 anos de idade)	124. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção) – d510/d520/ d530	126. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção, com supervisão ou não), de forma compatível com a faixa etária – d510/ d520/d530 (a partir de 5 anos)
4.8 Capacidade de identificar doenças e agravos à saúde Assegurar o conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental; controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde. Identificar sinais	127. Dificuldade para cuidar da própria saúde (conforto físico, dieta, prevenção de doenças e busca de assistência, exposição a riscos ou situações perigosas, incluindo abusos e violência) – d570 / d598	X

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
e sintomas que possam potencialmente comprometer a saúde e a integridade física, reconhecer abusos e violência. – d570 (A partir dos 3 anos de idade)	X	129. Dificuldade para evitar exposição a riscos ou situações perigosas, incluindo abusos e violência, de forma compatível com a faixa etária – d571 (a partir de 7 anos)
5.1 Preparar refeições simples tipo lanche Preparar refeições com um pequeno número de ingredientes, que requerem métodos fáceis. –d6300 – adaptada (A partir dos 7 anos de idade)	32. Dificuldade para preparar e servir refeições simples e complexas para si próprio e para outros (planejar o que será consumido, selecionar ingredientes, preparar, cozinhar e servir o alimento ou bebida) – d630	30. Dificuldade para preparar e se servir de alimentos e bebidas frias, para si e para os outros (planejar o que será consumido, selecionar ingredientes, preparar e servir o alimento ou bebida), de forma compatível com a faixa etária – d630 (a partir de 7 anos)
5.2 Cozinhar Planejar, organizar, cozinhar e servir refeições com um grande número de ingredientes que requerem métodos complexos para serem preparados e servidos; planejar uma refeição com vários pratos; transformar os ingredientes por meio de ações combinadas. – d6301 – adaptada (A partir dos 14 anos de idade)	32. Dificuldade para preparar e servir refeições simples e complexas para si próprio e para outros (planejar o que será consumido, selecionar ingredientes, preparar, cozinhar e servir o alimento ou bebida) – d630	30. Dificuldade para preparar e se servir de alimentos e bebidas frias, para si e para os outros (planejar o que será consumido, selecionar ingredientes, preparar e servir o alimento ou bebida), de forma compatível com a faixa etária – d630 (a partir de 7 anos)
5.3 Realizar tarefas domésticas Refere-se ao trabalho doméstico. – d640 (A partir dos 9 anos de idade)	33. Dificuldade para planejar, administrar e realizar tarefas domésticas (organizar o trabalho doméstico, limpar e arrumar a casa, lavar e passar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos, remover o lixo, entre outras atividades) – d640	31. Dificuldade para planejar, administrar e realizar tarefas domésticas (limpar e arrumar o quarto ou partes da casa, organizar armários e gavetas, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos, remover o lixo, entre outras atividades), de forma compatível com faixa etária – d640 (a partir de 7 anos)
5.5 Cuidar dos outros Auxiliar os membros da família e outros nas relações interpessoais, nos cuidados de nutrição e manutenção da saúde, nas atividades de aprendizagem, comunicação, autocuidados, movimento dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da família e de outras pessoas. -d660 (A partir dos 9 anos de idade)	35. Dificuldade para ajudar os outros (auxiliar os membros da casa e outros no seu aprendizado, na comunicação, no cuidado pessoal e movimento, dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da casa, entre outros) – d660	33. Dificuldade para ajudar os outros (auxiliar os membros da casa e outros na comunicação, no cuidado pessoal, movimento, dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da casa, entre outros), de forma compatível com a faixa etária – d660 (a partir de 12 anos)

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
5.6 Fazer compras e/ou contratar serviços Selecionar, comprar e transportar, bem como obter, em troca de dinheiro, bens e serviços necessários para a vida diária. Envolve as transações econômicas básicas e complexas.- d620 (A partir dos 7 anos de idade)	31. Dificuldade para obter bens e serviços (selecionar, adquirir e transportar bens e produtos para uso doméstico e/ou solicitar instalações e reparos, entre outros serviços) – d620	29. Dificuldade para obter bens e serviços (selecionar, adquirir e transportar bens e produtos para uso doméstico e/ou solicitar instalações e reparos, entre outros serviços), de forma compatível com a faixa etária – d620 (a partir de 14 anos)
5.8 Planejar e organizar a rotina diária Realizar ações coordenadas simples ou complexas de modo a poder planear, gerir e responder as exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia. – d230 (A partir dos 12 anos de idade)	109. Dificuldade para realizar tarefas múltiplas, atender a comandos múltiplos, realizar a rotina diária, de forma independente ou a comando de outros – d220/ d230	111. Dificuldade para realizar tarefas múltiplas, atender a comandos múltiplos, realizar a rotina diária, de forma independente ou a comando de outros, de forma compatível com a faixa etária – d220/ d230 (a partir de 7 anos)
6.1 Educação Informal Aprender com os pais ou com outros membros da família, em casa ou em outro ambiente não institucional, a fazer trabalhos de artesanato, trabalhos manuais e outro tipo de trabalhos, ou ter escolarização em casa. – d810 (A partir dos 2 anos de idade)	X	40. Dificuldade para obter acesso e participar da educação pré-escolar (no lar, maternal, creche, centro educacional infantil), interagindo com demais alunos, professores e funcionários, de forma compatível com a faixa etária. Inclui ir à escola regularmente e interagir com alunos, professores e funcionários – d815 / d816 (de 6 meses a menor de 6 anos)
6.2 Educação Formal Aprender desde um nível inicial de instrução organizada em programa educacional, incluindo ir à escola regularmente, trabalhar em cooperação com outros alunos, seguir as orientações dos professores, organizar, estudar e concluir as tarefas e projetos indicados, até progredir para outros níveis de educação; – d820 e d830 – adaptadas (A partir dos 6 anos de idade)	42. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir responsabilidades e exigências do ensino fundamental, médio ou educação de adultos, incluindo frequência regular, trabalho em equipe e interação adequada com demais alunos, professores e funcionários – d820	X
	44. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir responsabilidades e exigências do ensino superior ou pós-graduação, incluindo frequência regular, trabalho em equipe e interação adequada com demais alunos, professores e funcionários – d830	X

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
	X	41. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir as responsabilidades e exigências do ensino fundamental e médio, de forma compatível com a faixa etária. Inclui ir à escola regularmente, progredir para outros níveis de educação, trabalhar em cooperação com outros alunos e interagir com professores e funcionários – d820 (a partir de 6 anos)
6.3 Qualificação Profissional Participar de todas as atividades de um programa de formação profissional e aprender as matérias do programa curricular que prepara para um negócio, emprego ou profissão. Considerar a aquisição de habilidades e conhecimentos específicos para atividade profissional, incluindo acessibilidade e disponibilidade de recursos educacionais adequados. -d825 (A partir dos 14 anos de idade)	43. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir responsabilidades e exigências de curso técnico e/ou profissionalizante, incluindo frequência regular, trabalho em equipe e interação adequada com demais alunos, professores e funcionários – d825	42. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir responsabilidades e exigências de curso técnico e/ou profissionalizante, de forma compatível com a faixa etária. Inclui ir à escola regularmente, progredir para utros níveis de formação profissional, trabalhar em cooperação com outros alunos e interagir com professores e funcionários – d825 (a partir de 14 anos)
6.4 Trabalho Remunerado Participar de todos os aspectos do trabalho, seja uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em tempo inteiro ou parcial, no mercado de trabalho formal ou informal (considerando procurar e conseguir trabalho, realizar as tarefas exigidas sozinho ou em grupo, permanecer e progredir no trabalho). – d850 (A partir dos 14 anos de idade)	X	X
6.5 Exercer trabalho por conta própria (iniciativas individuais, cooperadas ou coletivas) Envolver-se num trabalho remunerado conseguido pelo indivíduo ou criado por ele, ou estar contratado por outros numa relação de emprego formal ou informal. – d8500(A partir dos 18 anos de idade)	X	X

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
6.7 Administração de recursos econômicos pessoais (transações econômicas complexas) Refere-se a ter controle sobre recursos econômicos pessoais obtidos por fontes públicas ou privadas para garantir a segurança econômica diante das necessidades atuais e futuras. – d865 (A partir dos 18 anos de idade)	45. Dificuldade para realizar transações econômicas básicas e complexas, como comprar, trocar e negociar mercadorias, manter conta bancária, economizar dinheiro, obter acesso a fontes de recursos financeiros, entre outras – d860/d865	43. Dificuldade para realizar transações econômicas básicas, para efetuar compras, trocar mercadorias ou economizar dinheiro, entre outras, de forma compatível com a faixa etária – d860 (a partir de 10 anos)
7.1 Interação Interpessoal Interagir com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada. - d710 adaptado (A partir dos 3 anos de idade)	36. Dificuldade para estabelecer interações pessoais básicas com os outros (com respeito, discernimento, afeto, tolerância, atitude crítica, reações adequadas, contato físico contextual e apropriado, entre outras) – d710	34. Dificuldade para estabelecer interações pessoais básicas com os outros (com respeito, discernimento, afeto, tolerância, atitude crítica, reações adequadas, contato físico contextual e apropriado; distinguir familiares de estranhos, reagir adequadamente a situações conhecidas e desconhecidas, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d710 (a partir de 1 ano)
	39. Dificuldade para criar e manter relações específicas em ambientes formais (com professores, funcionários, profissionais ou prestadores de serviços, entre outros) – d740	37. Dificuldade para criar e manter relações específicas em ambientes formais (com professores, funcionários, profissionais ou prestadores de serviços, entre outros), de forma compatível com a faixa etária – d740 (a partir de 7 anos)
	40. Dificuldade para iniciar relações informais com outros, como relações casuais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou residência, ou com colaboradores, estudantes, companheiros de lazer (amigos, vizinhos, conhecidos, colegas de moradia) – d750	38. Dificuldade para iniciar relações informais, como relações casuais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou residência, ou com colaboradores, estudantes, companheiros de lazer (amigos, vizinhos, conhecidos, colegas de moradia), de forma compatível om a faixa etária – d750 (a partir de 3 anos)
	41. Dificuldade para criar e manter relações de parentesco com membros do núcleo familiar, família adotiva e de criação e parentes distantes, não consanguíneos ou tutores – d760	39. Dificuldade para criar e manter relações de parentesco com membros do núcleo familiar, família adotiva e de criação e parentes distantes, não consanguíneos ou tutores, de forma compatível com a faixa etária – d760 (a partir de 3 anos)

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
7.4 Relações com estranhos Estabelecer contatos e ligações temporárias com estranhos para fins específicos quando aplicável. – d730 (A partir dos 6 anos de idade)	38. Dificuldade para estabelecer contatos ou ligações temporárias com estranhos (solicitar algo, fazer um agradecimento, formular indagações, perguntar um caminho) – d730	36. Dificuldade para estabelecer contatos ou ligações temporárias com estranhos (solicitar algo, fazer um agradecimento, formular indagações, perguntar um caminho), de forma compatível com a faixa etária – d730 (a partir de 3 anos)
7.5 Relações íntimas Criar e manter relacionamentos românticos ou íntimos entre indivíduos. – d770 (A partir dos 18 anos de idade)	X	X
7.7 Participar de atividades culturais, de recreação e lazer Participar em qualquer forma de jogos, atividade recreativa ou de lazer. – d920 adaptado(A partir dos 6 anos de idade)	47. Dificuldade para participar de atividades recreativas e de lazer (excursões, trabalhos artesanais, jogos, esportes, cinema, museus, tocar instrumentos musicais, demais atividades culturais, entre outras atividades de diversão) – d920	46. Dificuldade para participar de atividades recreativas e de lazer (excursões, trabalhos artesanais, jogos, esportes, cinema, museus, tocar instrumentos musicais, entre outras atividades culturais e de diversão), de forma compatível com a faixa etária – d920 (a partir de 7 anos)
7.8 Lidar com emoções e adequar o comportamento de acordo com o contexto Habilidade de reconhecer emoções, impulsos e fontes de estresse, e ser capaz de responder a eles nas interações, de maneira contextual e socialmente apropriada, compatível com a faixa etária. - d720 e d2401 adaptados(A partir dos 7 anos de idade)	37. Dificuldade para estabelecer interações pessoais complexas (iniciar, manter ou terminar relações com outras pessoas, como controlar emoções, impulsos, agressões verbais e/ou físicas e agir de forma independente nas interações sociais e conforme as regras sociais; considerar se a autorrepresentação da deficiência dificulta os relacionamentos) – d720	35. Dificuldade para estabelecer interações pessoais complexas (iniciar, manter ou terminar relações com outras pessoas, controlando emoções, impulsos, agressões verbais e/ou físicas e agir de forma independente nas interações sociais, conforme as regras sociais; considerar se a autorrepresentação da deficiência dificulta os relacionamentos), de forma compatível com a faixa etária – d720 (a partir de 7 anos)
	X	112. Dificuldade para gerenciar o próprio comportamento e emoções frente a determinadas demandas, de forma coerente e compatível com a faixa etária (considerar se a autorrepresentação da deficiência aumenta essa dificuldade) – d250 (a partir de 7 anos)
	110. Dificuldade para lidar com o estresse e outras demandas psicológicas, tais como lidar com responsabilidades, gerenciar e controlar crises (considerar se a autorrepresentação da deficiência aumenta essa dificuldade) – d240	X

IFBr-M	Instrumento do BPC (16+)	Instrumento do BPC (16-)
7.9 Participar de atividades da vida política e social enquanto cidadão Participar, como cidadão, na vida social, política e governamental, desfrutar dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel. Exercer a cidadania. – d950 adaptado(A partir dos 16 anos de idade)	46. Dificuldade para participar de reuniões comunitárias, cerimônias sociais, associações e grupos sociais – d910	45. Dificuldade para participar de reuniões comunitárias, cerimônias sociais, associações e grupos sociais em espaços públicos na vizinhança e comunidade (parque, praças e áreas públicas), de forma compatível com a faixa etária – d910 (a partir de 3 anos)
	48. Dificuldade para participar da vida social e política enquanto cidadão, considerando a garantia e ampliação do acesso aos direitos humanos (direitos políticos: liberdade de associação e posição legal de cidadão; direitos civis: liberdade de expressão, de autodeterminação ou autonomia; direitos sociais: satisfação digna de suas necessidades sociais) – d940/d950	X

Elaboração própria.

2.2 Transformação dos qualificadores do BPC para a pontuação do IFBr-M

O próximo passo, após atribuir um qualificador da CIF para cada atividade do IFBr-M, consiste em transformar esses qualificadores na pontuação da MIF adaptada. Não existe uma correspondência exata entre os qualificadores da CIF e a pontuação da MIF adaptada, motivo pelo qual consideramos três cenários, descritos na tabela 2, a fim de avaliar a sensibilidade dos resultados qualitativos. O cenário 1 foi elaborado a partir de um estudo da Universidade de São Paulo que compara a CIF e a MIF[1]. O cenário 3 foi proposto por um médico perito aposentado, especialista indicado pela SNDPD para participar das discussões no Grupo Técnico Especializado do Instrumento, e o cenário 2 é uma situação intermediária.

Tabela 2: Transformação dos qualificadores do BPC para a pontuação do IFBr-M

Qualificador do BPC (CIF)*	Pontuação da MIF adaptada: cenário 1 (MIF-1) **	Pontuação da MIF adaptada: cenário 2 (MIF-2) **	Pontuação da MIF adaptada: cenário 3 (MIF-3) **
0	100	100	100
1	75	75	75
2	50	50	75
3	25	50	50
4	25	25	25

Elaboração própria. Notas: (*) 0 – Nenhum (0-4%), 1 – Leve (5-24%), 2 – Moderado (25-49%), 3 – Grave (50-95%), 4 – Completo (96-100%). (**) 100 - Realiza a atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança. 75 - Realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou realiza a atividade de forma diferente do habitual ou mais lentamente. 50 - Realiza a atividade com o auxílio de terceiros. 25 - Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la.

2.3 Reprodução do modelo linguístico fuzzy

O modelo linguístico fuzzy rebaixa a nota dos domínios com maior peso para cada tipo de impedimento (tabela 3). A aplicação do fuzzy consiste em aplicar a menor nota do domínio para todas as atividades daquele mesmo domínio.

Tabela 3: Domínios com maior peso de acordo com o tipo de impedimento

Tipo de impedimento	Domínios que possuem maior peso
Auditivo	Comunicação (2) ou Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política (7);
Intelectual	Aprendizagem e aplicação de conhecimento (1) e Educação, Trabalho e Vida Econômica (6)
Físico	Mobilidade (3) ou Cuidados pessoais (4)
Visual	Mobilidade (3) ou Vida Doméstica (5)
Mental/psicossocial	Educação, Trabalho e Vida Econômica (6) Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política (7)

Elaboração própria.

A aplicação do fuzzy ocorre em quatro situações:

[1] TELLES, Vitor Eduardo Politzer. Comparação entre a Medida de Independência Funcional (MIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a teoria da motivação humana de Maslow na avaliação da pessoa com deficiência. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.

- Resposta afirmativa para as questões emblemáticas;
- Indisponibilidade de auxílio de terceiros;
- Pontuação 25 ou 50 em alguma atividade nos domínios com maior peso para o tipo de impedimento; ou
- Pontuação 75 para todas as atividades nos domínios com maior peso para cada tipo de impedimento.

É simples identificar quando o fuzzy deve ser aplicado nas duas últimas situações descritas, desde que tenhamos efetuado a correspondência dos itens de classificação (atribuir a cada atividade do IFBr-M uma ou mais atividades do instrumento do BPC) e a transformação das unidades de classificação (qualificadores baseados na CIF para a pontuação da MIF adaptada).

Cabe então explicar como inferimos se haveria resposta afirmativa para as questões emblemáticas e a indisponibilidade de auxílio de terceiros. Neste estudo, infere-se que há indisponibilidade da ajuda de terceiros quando o qualificador do domínio "apoio e relacionamentos" do componente "fatores ambientais" é grave ou completo.

Na tabela 4, descrevemos a pergunta emblemática dos diferentes tipos de impedimento e explicamos como identificamos os casos em que a resposta à questão emblemática seria afirmativa. Deve estar claro que essa inferência é imperfeita, mas a restrição de dados é menos severa para os impedimentos intelectual, físico e mental/ psicossocial.

É impossível reproduzir a pergunta emblemática a partir dos dados das avaliações do BPC para os casos de impedimento visual e, para indivíduos com 6 anos ou mais, também no caso de impedimento auditivo. Cabe notar que, ao ignorar possíveis respostas afirmativas para as questões emblemáticas nesses casos, estamos subestimando a caracterização da deficiência pelo IFBr-M.

Tabela 4: Pergunta emblemática de acordo com o tipo de impedimento e estratégia de utilização dos dados de avaliações do BPC

Tipo de impedimento	Pergunta emblemática	Estratégia de utilização do instrumento do BPC
Auditivo	A surdez ocorreu antes dos 6 anos	Utiliza domínio "Funções Sensoriais da Visão" (b2) do componente "Funções do Corpo" com qualificador "completo" para menores de 6 anos apenas
Intelectual	Não consegue ficar sozinho em segurança, não sendo capaz de gerenciar seus próprios cuidados de saúde, alimentação e higiene básicos, de forma satisfatória	Utiliza domínio "Cuidado Pessoal" (d5) com qualificador "grave" ou "completo"
Físico	Desloca-se exclusivamente em cadeira de rodas	Utiliza "Dificuldade para andar (mover-se a pé, por curtas ou longas distâncias, sem auxílio de pessoas, equipamentos ou dispositivos) – d450" (questões 122 e 124 para 16 anos ou mais e menores de 16, respectivamente) do domínio "mobilidade" (d4) com qualificador "completo"
Visual	A pessoa já não enxergava ao nascer	Inexistente
Mental/ psicossocial	A pessoa é discriminada em decorrência de um transtorno mental e essa condição invalida suas próprias escolhas, restringindo sua participação social	Utilizar domínio "Atitudes" (e4) do componente "Fatores Ambientais", considerar qualificadores "grave" e "completo"

Elaboração própria.

2.4 Classificação dos requerentes do BPC de acordo com o grau de deficiência a partir das réguas resultantes da pesquisa de validação

A nota final do IFBr-M consiste na soma dos pontos das atividades discriminantes atribuídas por dois avaliadores. Nos passos descritos anteriormente, estima-se a pontuação equivalente a uma avaliação apenas, que pode ser interpretada como a nota média que teria sido atribuída por dois profissionais. Portanto, multiplicamos tal estimativa por dois para obter a pontuação comparável com a régua do instrumento.

O grau da deficiência é o resultado da comparação da nota final do IFBr-M com as réguas do instrumento, definidas no estudo de validação, que variam de acordo com a faixa etária e o tipo de impedimento (tabela 5). No caso de indivíduos com mais de um tipo de impedimento, selecionamos a régua mais favorável para o indivíduo, ou seja, aquela com valores de corte mais elevados.

Tabela 5: Valores de corte das réguas do IFBr-M

Faixa etária	Tipos de impedimento	Pontuação máxima*	Leve	Moderado	Grave
0-4	Físico, intelectual	2800	1975	1750	850
0-4	Auditivo, visual, mental-psicossocial	2800	1975	1750	1200
5-10	Físico, intelectual	4400	3350	2550	1750
5-10	Auditivo, visual, mental-psicossocial	4400	3350	2550	2250
11-17	Intelectual, mental-psicossocial	5200	4550	3800	2950
11-17	Auditivo, visual, físico	5200	4550	3800	3250
18-59	Todos os impedimentos	5000	4950	4200	3050
60+	Auditivo, físico	2400	2338	2200	1400
60+	Visual, intelectual, mental-psicossocial	2400	2338	2200	1650

Fonte: Estudo de validação do IFBr-M e relatório de revisão. (*) Para as faixas 0-4, 5-10 e 11-17, se refere ao indivíduo no limite superior da faixa.

A pontuação máxima da régua é dada pela multiplicação do número de questões discriminantes por 200 (100 pontos vezes dois, dado que o IFBr-M é aplicado por dois avaliadores). Assim, como na faixa de 18-59 existem 25 questões discriminantes, a pontuação máxima que um indivíduo pode obter é 5000. Nota-se que o número de pontos que um indivíduo precisa perder para ser considerado uma pessoa com deficiência varia muito entre as faixas etárias.

Além disso, no caso de crianças e adolescentes (faixas 0-4, 5-10 e 11-17), a pontuação máxima indicada na tabela 5 se refere ao indivíduo situado no limite superior de idade, pois várias questões apresentam limite inferior de idade. Por exemplo, existem 22 questões discriminantes para uma criança de 10 anos (pontuação máxima de 4400) e apenas 11 para uma criança de 5 anos (pontuação máxima de 2200), embora a régua seja a mesma. Como o limite para deficiência leve dessa faixa é de 3350 e o para deficiência moderada é de 2550, as crianças de 5 anos serão sempre consideradas pessoas com deficiência pelo menos moderada. De modo similar, existem 14 questões discriminantes para uma criança de 4 anos (pontuação máxima de 2800) e apenas 8 se aplicam a uma criança de 2 anos (pontuação máxima de 1600), embora a régua seja a mesma. Dados os limites de 1975 e 1750 para deficiência leve e moderada nessa faixa, todas as crianças menores de 3 anos serão consideradas pessoas com deficiência de grau pelo menos moderado.

3. Dados

Os dados utilizados neste estudo se referem a todas as avaliações da deficiência realizadas em requerentes de BPC desde 2015, isto é, desde o início da vigência da última versão do instrumento do BPC, até julho de 2020.

A base contém todas as informações marcadas pelo assistente social do INSS e pelos peritos médicos federais. As mais importantes são os qualificadores de todo os itens de classificação do instrumento, referentes aos três domínios integrantes da avaliação biopsicossocial (funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais). Adicionalmente, há a indicação da duração do impedimento e outros campos sobre estruturas e prognóstico, além do resultado da avaliação (se é ou não pessoa com deficiência).

Tabela 6: Base de dados e descarte de observações

	%	N	0-4	5-10	11-17	18-59	60+	Sem informação
Avaliações completas (identificadas no arquivo da perícia médica)	100,0	1.345.487	141.413	131.138	105.143	817.273	150.468	52
Exclui duplicações (por exemplo, dois requerimentos para a mesma perícia) e outros problemas (sem informação detalhada da avaliação social ou da perícia médica)	0,0	95	1	2	4	31	5	52
Idade maior ou igual a 65 anos	0,1	1.422	0	0	0	0	1.422	0
Base inicial para executar as correspondências	99,9	1.343.970	141.412	131.136	105.139	817.242	149.041	0
Resposta em branco para a atividade no instrumento do BPC onde era esperado pela idade do requerente (considera a data da avaliação no arquivo da avaliação social)	1,8	24.754	3.373	2.695	1.991	14.441	2.254	0
Resposta em branco para a atividade no IFBr-M após imputação (não consegue imputar quando não existe questão na faixa etária naquele domínio, relevante para crianças de 1,5 a 3 anos no domínio "cuidados pessoais", questões 4.1 e 4.2)	3,1	41.470	41.470	0	0	0	0	0
Ausência de informação sobre o tipo de deficiência (inviabiliza a comparação com a régua da UNB): deficiência declarada não confere com formulário de funções do corpo ou múltiplas sem especificação, outras e não sabe informar	10,9	146.535	10.691	11.703	9.424	95.605	19.112	0

Observações úteis para pontuação no IFBr-M	84,1	1.131.211	85.878	116.738	93.724	707.196	127.675	0
Sem resultado final no BPC	0,2	2.399	148	252	185	1.537	277	0
Observações úteis para comparar resultados do BPC e do IFBr-M	83,9	1.128.812	85.730	116.486	93.539	705.659	127.398	0

Elaboração própria.

Do total de 1,345 milhão de observações na base de dados, 16,1% foram descartadas em função da ausência de alguma informação crítica, conforme discriminado na tabela 6. O principal motivo para o descarte de observações é a ausência de informação para o tipo de impedimento ou inconsistência entre a deficiência declarada e o conteúdo do formulário de funções do corpo.

Para especificar o tipo de impedimento, adota-se a estratégia descrita na tabela 7, ou seja, combina-se a deficiência informada no momento da avaliação com o resultado do formulário de funções do corpo, cujo preenchimento é de responsabilidade do perito médico federal. Havendo discrepância, a observação é descartada.

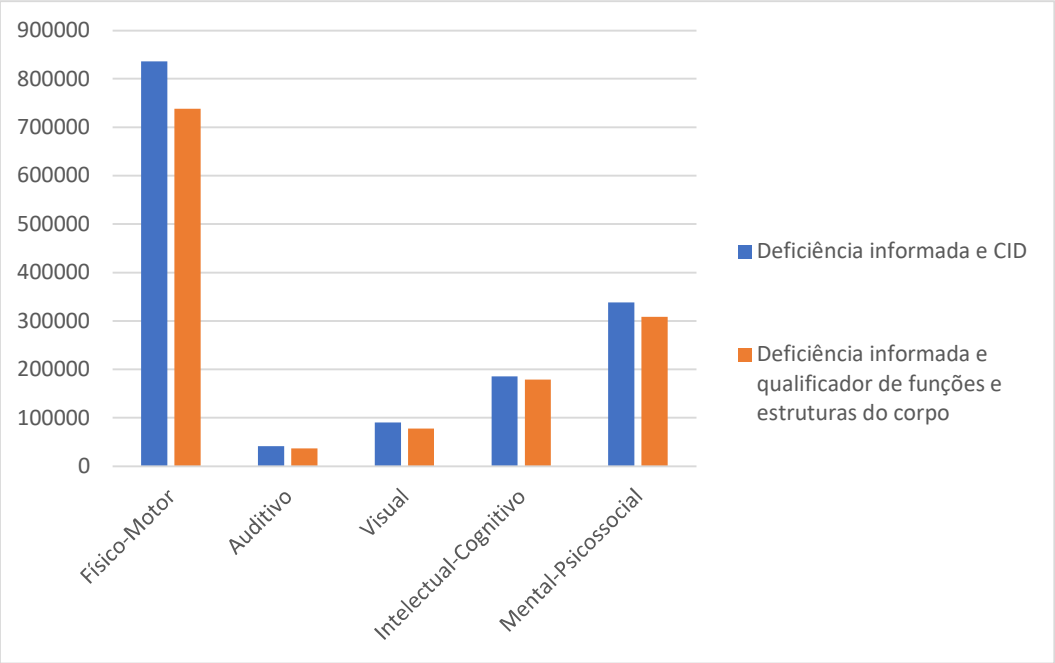
Tabela 7: Definição do tipo de impedimento a partir dos dados

Tipo de Impedimento IFBr-M	Deficiência Informada BPC	Qualificador para itens de classificação do componente de funções do corpo
Impedimento Físico-Motor	3 Deficiência no Aparelho Locomotor OU Doença Crônica	qualif_b7_func_neuromuscul > 0 OU qualif_b4_func_cardiovasc > 0 OU qualif_b4_func_sist_hematol > 0 OU qualif_b4_func_sist_imunol > 0 OU qualif_b4_func_sist_respirat > 0 OU qualif_b5_func_sist_digestiv > 0 OU qualif_b5_func_sist_metab_endo > 0 OU qualif_b6_func_genitur_repr > 0 OU qualif_b8_func_pele > 0 OU qualif_b2_func_sensoriais > 0
Impedimento Intelectual-Cognitivo	4 Deficiência Intelectual	qualif_b1_func_mentais > 0 OU qualif_b7_func_neuromuscul > 0 OU qualif_b2_func_sensoriais > 0 OU qualif_b2_func_visao > 0 OU qualif_b3_func_voz_fala > 0
Impedimento Auditivo	2 Deficiência Auditiva	qualif_b3_func_voz_fala>0 OU qualif_b2_func_audicao>0
Impedimento Visual	1 Deficiência Visual	qualif_b2_func_visao>0
Impedimento Mental-Psicossocial	6 Transtorno Mental	qualif_b1_func_mentais>0

Elaboração própria.

A distribuição das observações entre os tipos de impedimento não é alterada quando definimos o tipo de impedimento apenas a partir da deficiência informada na avaliação por meio da documentação apresentada ao assistente social (figura 1). Cabe destacar, ainda, que os resultados apresentados na próxima seção não são sensíveis à forma de definição do tipo de impedimento.

Figura 1: Distribuição das observações de acordo com o tipo de impedimento segundo a estratégia de identificação do impedimento a partir dos dados



Fonte: Sistema Integrado de Benefícios (SIBE).

4. Resultados e discussão

Os resultados indicam que praticamente todos os requerentes de BPC são considerados pessoas com deficiência quando avaliados por meio do IFBr-M. Esse resultado é muito destoante em relação ao resultado do instrumento do BPC, para o qual menos da metade dos indivíduos que passam pela avaliação biopsicossocial são pessoas com deficiência.

A tabela 8 apresenta a distribuição estimada dos requerentes de BPC entre os graus de deficiência segundo o IFBr-M, considerando os três diferentes cenários para a correspondência entre os qualificadores da CIF e a MIF adaptada. Nota-se que uma parcela ínfima dos requerentes, que varia de 3,3% a 5,3% de acordo com o cenário, é formada por pessoas sem deficiência na ótica daquele instrumento. A principal diferença entre os três cenários se refere à distribuição das pessoas entre os diferentes graus de deficiência do IFBr-M.

Tabela 8: Distribuição estimada dos requerentes de BPC entre os graus de deficiência do IFBr-M (%)

Cenário de correspondência CIF x MIF	nenhuma	Leve	Moderado	grave	Total
MIF-1	3,3	10,6	42,7	43,4	100,0
MIF-2	3,6	11,8	54,6	30,0	100,0
MIF-3	5,3	20,2	56,2	18,4	100,0

Elaboração própria a partir dos dados do SIBE.

Na tabela 9, comparamos o percentual de pessoas com deficiência segundo o IFBr-M e o instrumento do BPC. Enquanto a taxa de caracterização da deficiência do IFBr-M varia de 94,7% a 96,7%, dependendo do cenário para a correspondência entre os qualificadores da CIF e a MIF adaptada, a taxa de caracterização do instrumento do BPC é igual a 49,4% no mesmo conjunto de dados. A última coluna da tabela apresenta a taxa de caracterização da deficiência que resulta

apenas da combinação dos qualificadores de funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais, ou seja, desconsiderando a questão do instrumento do BPC referente à duração do impedimento (se as alterações em funções e/ou estruturas do corpo serão resolvidas em menos de dois anos) que não está presente no IFBr-M. Fica evidente que a diferença verificada no resultado dos dois instrumentos não é gerada pela questão referente à existência de impedimento de longo prazo.

Tabela 9: Requerentes BPC considerados pessoas com deficiência de acordo com o IFBr-M e o instrumento do BPC (%)

Cenário de correspondência CIF x MIF	Pessoas com Deficiência pelo IFBr-M	Pessoas com Deficiência pelo instrumento do BPC	Pessoas com Deficiência pelo instrumento do BPC (desconsidera questão referente à duração do impedimento)
MIF-1	96,7	49,4	50,9
MIF-2	96,4	49,4	50,9
MIF-3	94,7	49,4	50,9

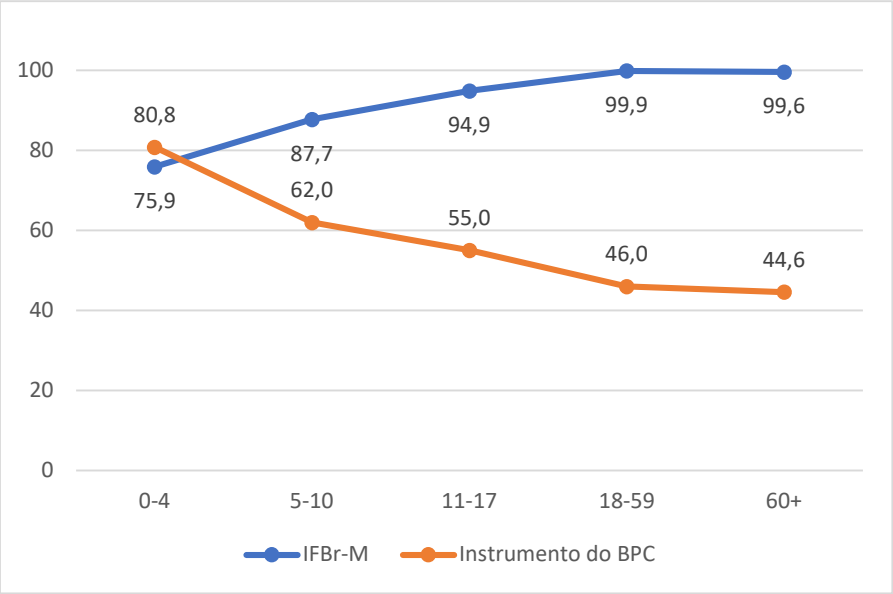
Elaboração própria a partir dos dados do SIBE.

A figura 2 apresenta as taxas de caracterização da deficiência do IFBr-M e do instrumento do BPC por faixa etária. As taxas do IFBr-M se referem ao cenário intermediário para a correspondência entre os qualificadores da CIF e a MIF adaptada (MIF-2).

Os percentuais do instrumento do BPC apresentam o comportamento esperado: a taxa de caracterização é mais elevada entre as crianças, pois, nessa fase da vida, é mais difícil prever se as alterações em funções e/ou estruturas do corpo acarretarão restrição de participação na sociedade para aquele indivíduo. O percentual de indivíduos considerados pessoas com deficiência no instrumento do BPC diminui à medida que avançamos nas faixas de idade e se estabiliza entre os adultos.

Por outro lado, os percentuais de caracterização da deficiência do IFBr-M apresentam um comportamento muito diferente, pois aumentam de acordo com a faixa etária, de tal modo que praticamente todos os adultos avaliados seriam considerados pessoas com deficiência na ótica desse instrumento.

Figura 2: Percentual de pessoas com deficiência por faixa etária segundo o IFBr-M e o instrumento do BPC



Elaboração própria a partir dos dados do SIBE.

Antes de prosseguir, cabe destacar que os resultados descritos anteriormente foram submetidos a testes de sensibilidade que autorizam a afirmação de que as conclusões qualitativas são robustas aos seguintes procedimentos e fatores:

- Correspondência entre os qualificadores da CIF e a MIF adaptada (tabelas 8 e 9)
- Forma de identificação do impedimento (a figura 2 demonstra que a distribuição das observações é semelhante, mas, além disso, verificamos que os resultados para as taxas de caracterização não mudam substancialmente);
- Ausência de questão sobre a duração do impedimento no IFBr-M (tabela 9);
- Exclusão das observações com marcação de "resultado improvável" na base de dados das avaliações do BPC (cuja participação é pequena, inferior a 4% do total de avaliações).

4.1 Presunção de deficiência para idades específicas e idade como principal preditor da deficiência para crianças

Como demonstrado anteriormente, o percentual de caracterização da deficiência por faixa etária do IFBr-M é diferente do esperado. Mas a caracterização por idade específica nas primeiras faixas apresenta um problema ainda mais preocupante.

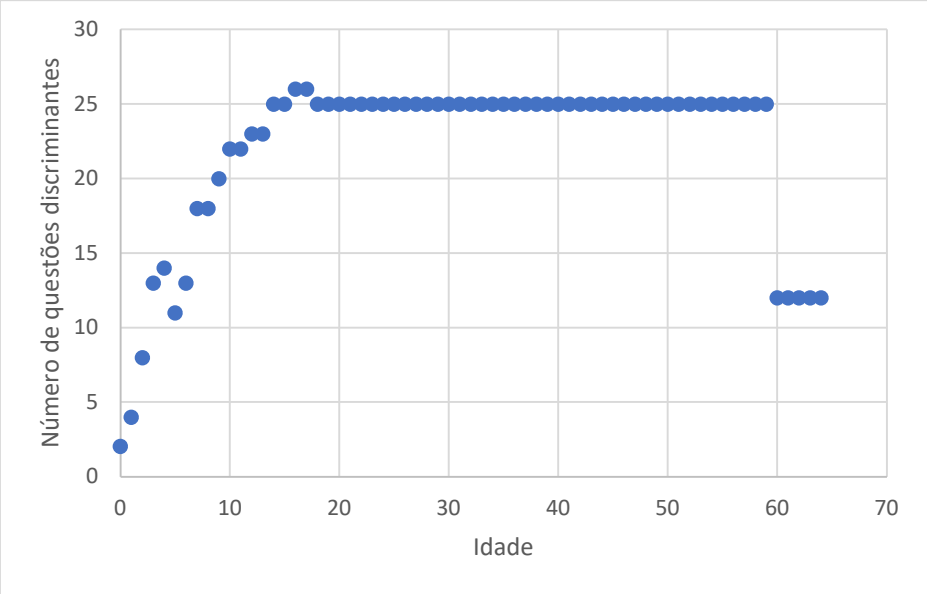
Para compreender o problema, é importante observar que:

- Existe uma régua única para todos os indivíduos na faixa etária, de acordo com o tipo de impedimento (tabela 5).
- Nem todas as questões do IFBr-M são aplicadas às diferentes faixas etárias. A pesquisa de validação definiu um rol restrito de questões discriminantes para cada grupo: 14, 22, 26, 25 e 12 para as faixas 0-4, 5-10, 11-17, 18-59 e 60+, respectivamente. O número de questões discriminantes da faixa define a amplitude da régua e, consequentemente, influencia os valores de corte para deficiência leve, moderada e grave. Vale lembrar que as pontuações máximas das diferentes faixas etárias são o resultado da operação: número de avaliadores *x* número de questões discriminantes *x* pontuação máxima por questão, ou seja, 2 *x* número de questões discriminantes x 100.
- Mas a pontuação máxima que um indivíduo pode obter depende não apenas da faixa etária a que pertence, mas também da sua idade específica, pois várias questões

apresentam um limite inferior de idade.

A figura 3 mostra o número de questões discriminantes de acordo com a idade. Nota-se que nos grupos 18-59 e 60+ não há diferença no número de questões discriminantes dentro da faixa etária. Por outro lado, nos grupos 0-4, 5-10 e 11-17, o número de questões discriminantes (e a pontuação máxima que o indivíduo pode obter) é crescente na idade, embora a mesma régua seja usada para todos dentro da faixa, de acordo com o tipo de impedimento. Assim, em cada faixa etária, quanto mais novo é o indivíduo avaliado, maior a probabilidade de ser considerado uma pessoa com deficiência.

Figura 3: Número de questões discriminantes de acordo com a idade

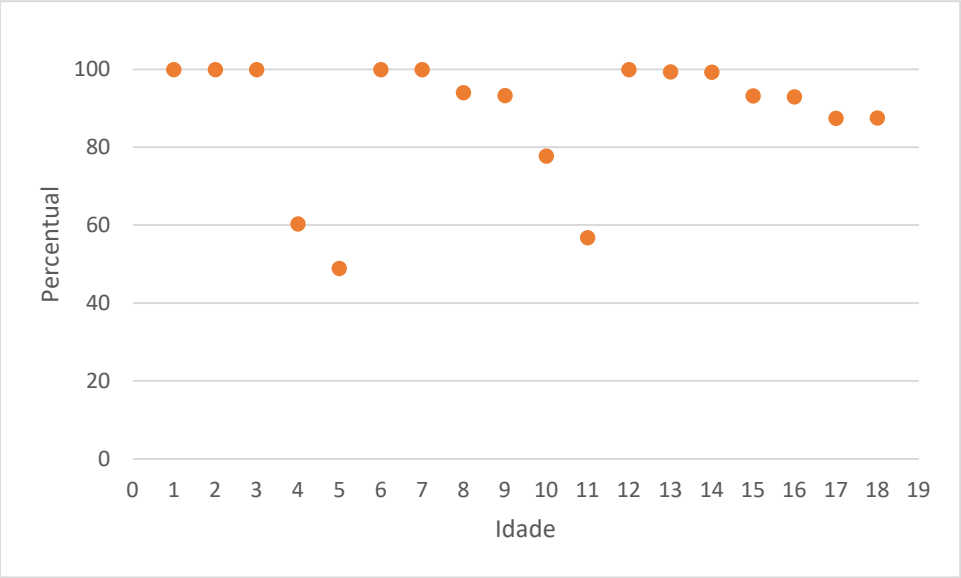


Fonte: estudo de validação do IFBr-M e relatório de revisão.

A figura 4 confirma que, nas três primeiras faixas, a idade específica do indivíduo é o principal preditor da deficiência para o IFBr-M. De fato, há uma forte correlação entre a probabilidade incondicional de um indivíduo ser considerado uma pessoa com deficiência e a sua idade, dentro de cada grupo. Esse fenômeno decorre do fato de que as réguas são construídas para a faixa etária como um todo, mas dentro de cada faixa há uma variação muito grande no número de questões discriminantes.

Cumpre destacar que a deficiência é presumida para os mais jovens de cada faixa e a probabilidade de um indivíduo ser considerado pessoa com deficiência diminui drasticamente de acordo com a idade, principalmente entre as crianças. Assim, por exemplo, uma criança de 2 anos reduzirá de 100% para 60% sua probabilidade incondicional de ser considerada uma pessoa com deficiência no seu aniversário de 3 anos. Por outro lado, uma criança de 4 anos aumentará de pouco mais de 50% para 100% a probabilidade de ser considerada uma pessoa com deficiência no seu aniversário de 5 anos.

Figura 4: Indivíduos considerados pessoas com deficiência pelo IFBr-M de acordo com a idade (%)



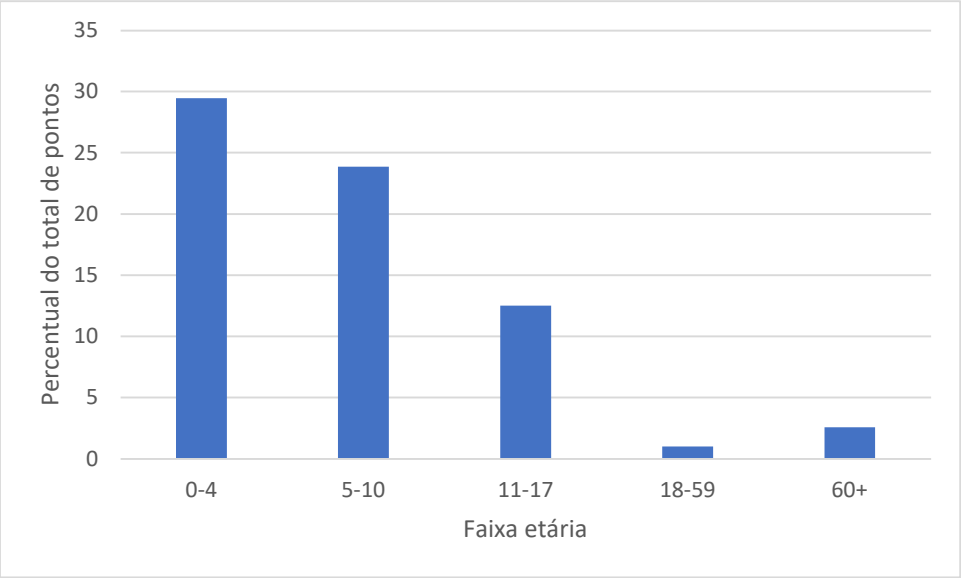
Fonte: estudo de validação do IFBr-M e relatório de revisão.

4.2 Réguas para adultos não fazem sentido

Na tabela 5, nota-se que se um indivíduo da faixa 18-59 pontuar 75 em uma única atividade com cada avaliador, ele já será considerado pessoa com deficiência leve (limite para deficiência leve é de 4950). Do mesmo modo, um indivíduo de 60 anos ou mais de idade é considerado pessoa com deficiência se, em uma única atividade, pontuar 75 com um avaliador e 50 com o outro (pontuação máxima de 2400 e limite para deficiência leve de 2338). Consequentemente, praticamente todos os indivíduos adultos são considerados pessoas com deficiência pelo IFBr-M (figura 2).

A figura 5 indica o percentual de pontos, em relação ao valor máximo da régua, que um indivíduo precisa perder para ser considerado uma pessoa com deficiência para o IFBr-M. Os percentuais das três primeiras faixas se aplicam ao indivíduo no limite superior de idade da faixa, dado que, para os mais jovens, a deficiência é presumida. Assim, uma criança de 4 anos precisa perder por volta de 30% do total de pontos da régua da sua faixa etária (825 do total de 2800 pontos) e uma criança de 10 anos precisa perder 24% (1050 do total de 4400). Por outro lado, um adulto de 30 anos precisa perder apenas 1% do total de pontos da sua faixa etária (50 de um total de 5000 pontos) e um adulto de 60 anos precisa perder menos de 3% do total da sua faixa (62 pontos do total de 2400).

Figura 5: Pontos que um indivíduo precisa perder para ser considerado uma pessoa com deficiência para o IFBr-M (% do valor máximo da régua)



Fonte: estudo de validação do IFBr-M e relatório de revisão.

4.3 Funções do corpo não afetam o resultado da deficiência e modelo linguístico fuzzy não atinge resultado proposto

O resultado da avaliação pelo IFBr-M é muito diferente do obtido através do instrumento do BPC porque, para além dos problemas indicados anteriormente, os dois instrumentos avaliam aspectos diferentes. O instrumento do BPC avalia os três componentes da deficiência, quais sejam: as funções do corpo, as atividades e participação e os fatores ambientais. A esses três componentes, atribui-se qualificadores que, combinados, geram o resultado: se o indivíduo é ou não pessoa com deficiência. Por outro lado, o IFBr-M avalia apenas as atividades e participação, mais especificamente, o grau de independência no desempenho de um conjunto de atividades. Os demais componentes da deficiência (funções e estruturas do corpo e fatores ambientais) não afetam diretamente o resultado da deficiência.

No IFBr-M, o impedimento deveria fazer a diferença no resultado da avaliação através do modelo linguístico fuzzy. O fuzzy rebaixa a pontuação de domínios com maior peso para cada tipo de impedimento para indivíduos em situação de maior risco funcional. No entanto, o fuzzy apresenta efeito muito diferente de acordo com a faixa etária e o tipo de impedimento. Isso acontece porque o número de questões discriminantes por domínio é variável e pode inclusive ser igual a zero para algumas faixas etárias.

Na tabela 10, observa-se, por exemplo, que o fuzzy tem efeito nulo para um indivíduo adulto de 18 a 59 anos que se desloca exclusivamente de cadeira de rodas (pergunta emblemática para impedimento físico), uma vez que os domínios mobilidade e cuidados pessoais, que apresentam maior peso para esse tipo de impedimento, praticamente não possuem questões discriminantes para essa faixa etária no IFBr-M (apenas uma questão discriminante, do domínio cuidados pessoais). Por outro lado, o efeito do fuzzy para uma criança 4 anos com impedimento físico pode chegar a 18,8% do valor máximo da régua, pois a maior parte das questões discriminantes dessa faixa etária são dos domínios de maior peso.

Através da análise da tabela 10, pode-se identificar outros casos em que o efeito do fuzzy é nulo (crianças de até 10 anos com impedimento mental-psicossocial, crianças de até 4 anos e adultos com 60 anos ou mais com impedimento auditivo) ou bem acima da média (adultos de 18 a 59 anos com impedimento mental-psicossocial, intelectual ou auditivo, adultos de 60 anos ou mais

com impedimento visual, entre outros).

Tabela 10: Efeito máximo do fuzzy de acordo com o tipo de impedimento e a faixa etária (%)

	0-4	5-10	11-17	18-59	60+
Auditivo	0,0	6,8	5,8	10,5	0,0
Intelectual	5,4	5,1	5,8	10,5	6,3
Físico	18,8	11,9	10,1	0,0	3,1
Visual	5,4	5,1	7,2	7,5	15,6
Mental/psicossocial	0,0	0,0	1,4	13,5	3,1

Nota: Forma de cálculo: considera 100 para todas as atividades do domínio, exceto uma, que ficaria com 25 pontos, para rebaixar todas as outras em 75 pontos.

A variabilidade no efeito do fuzzy, assim como a elevada variação por idade no número de questões discriminantes e os pontos de corte para deficiência leve nas réguas dos adultos, são problemas do IFBr-M que demandam alguma forma de ajuste. No entanto, tais ajustes não devem ser suficientes para corrigir o baixo desempenho do IFBr-M na separação dos indivíduos sem deficiência das pessoas com deficiência, conforme demonstrado pelas estatísticas de especificidade da pesquisa de validação do instrumento (10,9% para deficiência leve, ou seja, para cada 10 pessoas sem deficiência leve, o IFBr-M deve errar em 9 casos).

A desconsideração das funções do corpo na caracterização da deficiência explica a baixíssima especificidade do IFBr-M relatada no relatório da pesquisa de validação do instrumento, que tem como consequência a classificação de indivíduos sem deficiência como sendo pessoas com deficiência leve.

A tabela 11 ilustra esse diagnóstico a partir de quatro casos extraídos da base de dados do BPC. O instrumento do BPC classifica esses quatros indivíduos como pessoas sem deficiência porque o possível comprometimento da funcionalidade não tem relação com o impedimento de longo prazo. Já o IFBr-M considera todos eles como pessoas com deficiência.

Tabela 11: Exemplos de pessoas sem deficiência avaliadas pelo IFBr-M

Número do caso	1	2	3	4
Idade e sexo	Menino de 2 anos	Menina de 8 anos	Mulher de 42 anos	Mulher de 61 anos
Descrição do caso	Sem queixas visuais, auditivas ou físicas. Desenvolvimento neuropsicomotor compatível com a idade. Em tratamento médico para condição crônica passível de controle clínico, em fase estável e sem complicações (CID G40)	Possui hemangioma assintomático no pescoço (lesão benigna). Sem outras alterações físicas ou mentais. Desenvolvimento neuropsicomotor compatível com a idade	Em tratamento ambulatorial para condição crônica passível de controle medicamentoso. Encaminhada à psiquiatria para controle, queixas depressivas. Sem déficits motores ou sensoriais	Em tratamento para episódio depressivo em comorbidade com diabetes, sem complicações em órgãos-alvo. Atestado médico com pedido de 90 dias de repouso
Impedimento	Físico	Físico	Físico e	Mental/Psicossocial

considerado			Mental/Psicossocial	e Físico
Simulação IFBr-M por profissionais treinados da perícia médica	5 atividades não pontuadas em razão da idade. Atividades pontuáveis: 100 pontos para todas	22 atividades discriminantes	25 atividades discriminantes	Pontuação 75 em quatro atividades discriminantes em diferentes domínios
Resultado da avaliação do IFBr-M	1600 pontos (deficiência moderada)	2950 pontos (deficiência leve)	4350 (deficiência leve)	2200 pontos (deficiência moderada)
Decisão da Avaliação Conjunta (Social e Médico-Pericial) concluída no INSS	Não é pessoa com deficiência	Não é pessoa com deficiência	Não é pessoa com deficiência	Não é pessoa com deficiência

5. Conclusões

O presente estudo infere qual teria sido o resultado das avaliações da deficiência caso o IFBr-M tivesse sido usado no reconhecimento do direito ao BPC. Os resultados indicam que os dois instrumentos (IFBr-M e instrumento do BPC) são muito destoantes porque quase todos os indivíduos da base de dados são pessoas com deficiência na ótica do IFBr-M. Embora o estudo exploratório apresente limitações, pois é baseado em extrapolações, deve-se ressaltar que os resultados qualitativos são robustos.

Esses resultados estão de acordo com a expectativa, pois o resultado do IFBr-M baseia-se exclusivamente na restrição de participação na sociedade (grau de independência com que os indivíduos são capazes de executar certas atividades) e os requerentes de BPC que passam pela avaliação da deficiência são indivíduos vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. A ênfase na dimensão social da deficiência, aliada ao fato de que as funções do corpo não afetam diretamente o resultado da avaliação (ou seja, um indivíduo pode ser considerado pessoa com deficiência mesmo que não apresente alteração nas funções do corpo ou impedimento de longo prazo), significa que o instrumento não diferencia as pessoas sem deficiência das pessoas com deficiência entre os requerentes de BPC.

O estudo apresenta alguns problemas flagrantes do IFBr-M que demandam algum tipo de correção, cabendo citar os principais: o instrumento presume a deficiência para algumas idades específicas da infância; a idade é o principal preditor do resultado da avaliação de crianças dada a elevada variação no número de questões discriminantes; a régua para adultos não faz sentido porque basta o indivíduo desempenhar uma atividade de forma adaptada (pontuar 75 em uma única atividade pelos dois avaliadores) para ser considerado uma pessoa com deficiência leve; e o efeito do modelo linguístico fuzzy apresenta variações muito pouco intuitivas entre tipos de impedimento e faixas de idade.

Contudo, possíveis ajustes nesses elementos não devem ser suficientes de corrigir o baixo desempenho do IFBr-M na separação das pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, conforme indicado pelas estatísticas de especificidade do estudo de validação. Com efeito, o

baixo desempenho do IFBr-M decorre do fato de que o instrumento analisa (de forma bastante imperfeita, conforme demonstramos neste estudo) o componente social da deficiência e considera as funções do corpo apenas de forma indireta, sem efeito prático relevante na diferenciação das pessoas com deficiência.

Propostas para o instrumento e o modelo único de avaliação da deficiência

Proposta da Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e Instituto Nacional do Seguro Social. Apoio do Ministério da Economia, Ministério da Saúde e Advocacia Geral da União.

1. Introdução

Este documento descreve a proposta de instrumento único de avaliação biopsicossocial da deficiência desenvolvida pela Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que incorpora contribuições da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD). Após exposição e debates realizados no Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI), tal proposta passou a contar com o apoio do Ministério da Economia, Ministério da Saúde e Advocacia Geral da União.

A proposta de instrumento está de acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e, consequentemente, é plenamente aderente ao marco normativo brasileiro. Além do instrumento, a proposta contempla outros elementos do modelo de avaliação, notadamente a composição das equipes avaliadoras, assim como formulários e procedimentos que visam realçar o caráter interdisciplinar e multiprofissional da avaliação.

O instrumento proposto é uma adaptação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M), instrumento-base para os trabalhos do GTI (art. 2º do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020). A proposta foi elaborada a partir de um diagnóstico robusto das fragilidades do instrumento-base, identificadas a partir dos seguintes elementos: a) documentação do IFBr-M disponibilizada pela SNDPD (instrumento, manual de aplicação e relatório da pesquisa de validação, incluindo revisões); b) produção dos Grupos Técnicos Especializados, incluindo as discussões que estão refletidas nos relatórios e nas atas das reuniões que acompanham o relatório do GTI; c) estudo exploratório das avaliações da deficiência para o reconhecimento de direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC); e d) pesquisa de campo com uma amostra representativa de requerentes do BPC à pessoa com deficiência, cujos resultados também acompanham o relatório do GTI.

Tais elementos autorizam a afirmação de que o instrumento-base não é capaz de diferenciar as pessoas sem deficiência daquelas com deficiência leve, bem como não determina adequadamente o grau da deficiência quando ela está presente, pois avalia apenas o grau de independência dos indivíduos no desempenho de algumas atividades, ou seja, a restrição de participação, mas as alterações em funções e estruturas do corpo e as barreiras ambientais não afetam o resultado da avaliação diretamente. Não obstante, as alterações em funções e estruturas corporais, especialmente, constituem um pré-requisito para que qualquer comprometimento da funcionalidade possa ser considerado um fenômeno do campo da deficiência de acordo com o modelo biopsicossocial estabelecido pela Convenção da ONU e ratificado na LBI. Com efeito, desconhecemos qualquer país que adote um instrumento de avaliação que determina o acesso aos principais benefícios e serviços das pessoas com deficiência ignorando a existência e a gravidade do impedimento de longo prazo.

Sendo assim, qualquer proposta que promova ajustes no IFBr-M para torná-lo o instrumento único desconsiderando o efeito direto do impedimento corporal no resultado da deficiência não irá resolver a fonte da maior parte dos seus problemas e, ademais, estará em desacordo com o marco normativo brasileiro e a experiência de outros países. Na proposta deste documento, o resultado da deficiência é gerado pela combinação do IFBr-M (atividades e participação) com formulários específicos para as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais, por intermédio de uma tabela conclusiva, desenvolvida a partir da análise de dezenas de casos reais extraídos da pesquisa de campo realizada sob o amparo institucional do GTI. A proposta apresenta desempenho bastante satisfatório não apenas porque diminui a elevadíssima taxa de caracterização da deficiência do IFBr-M – que considera praticamente todos os indivíduos avaliados como pessoas com deficiência –, mas sobretudo porque classifica os indivíduos de forma adequada.

Este documento está dividido em outras cinco seções. A segunda seção apresenta a motivação da proposta do ponto de vista normativo e técnico. Em seguida, a terceira seção descreve o instrumento e os demais elementos do modelo de avaliação da deficiência. A quarta seção, após discutir as ordens de grandeza relevantes para o orçamento federal, avalia o desempenho do instrumento proposto na diferenciação das pessoas sem deficiência e na classificação dos indivíduos de acordo com o grau da deficiência. Finalmente, a quinta seção apresenta as considerações finais.

2. Motivação

A seguir, descreve-se sucintamente as motivações da proposta que é objeto deste documento. Antes de mais nada, é necessário ter em mente que os instrumentos de avaliação da deficiência devem estar de acordo com os ditames da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da LBI. Além disso, os instrumentos devem ser capazes de diferenciar as pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como classificar adequadamente as pessoas com deficiência de acordo com o grau, caso contrário irão conferir acesso indevido às políticas públicas, prejudicando seu público-alvo. Nesta seção, argumenta-se ainda que o governo federal deve adotar um único instrumento de avaliação para todas as políticas das pessoas com deficiência.

2.1 Marco normativo

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), assinada em Nova Iorque em 30 de março de 2007, consiste em um tratado internacional sobre direitos humanos, com o propósito principal de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para pessoas com deficiência.

Dentre as diversas contribuições da Convenção da ONU, destaca-se a adoção de uma definição geral de pessoa com deficiência a partir do modelo biopsicossocial, que oferece uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social. O Artigo 1 da Convenção da ONU dispõe que:

> *Artigo 1*
>
> *Propósito*
>
> *(...)*
>
> *Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo*

> *prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.*

No Brasil, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o seu Protocolo Facultativo foram incorporados formalmente ao ordenamento jurídico com equivalência de Emenda Constitucional, tendo sido promulgada nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Dessa forma, as suas disposições devem ser observadas na construção das políticas sociais brasileiras, a fim de identificar os destinatários da proteção social e os direitos a serem garantidos de acordo com a legislação.

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, conhecida como LBI, determina que a avaliação da deficiência será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, por intermédio de instrumentos construídos pelo Poder Executivo, que deverão considerar os elementos constituintes do conceito de deficiência estabelecido na Convenção da ONU:

> *Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.*
>
> *§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:*
>
> *I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;*
>
> *II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;*
>
> *III - a limitação no desempenho de atividades; e*
>
> *IV - a restrição de participação.*
>
> *§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.*

O Decreto de 27 de abril de 2016, sem número, instituiu o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência, com a finalidade de criar instrumentos para a avaliação biopsicossocial da deficiência. Esse Decreto foi substituído pelo Decreto nº 8.954, de 10 de janeiro de 2017, que criou o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência, com finalidade semelhante. Mas não houve consenso em relação ao instrumento.

Após longo período de debates, o governo federal editou o Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020, que instituiu o GTI sobre o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência. Esse colegiado tem como atribuições formular propostas para regulamentar a avaliação da deficiência nos moldes da LBI e criar ou alterar os atos normativos necessários para implantar a avaliação unificada da deficiência. O Decreto determinou ainda que o IFBr-M deverá ser o instrumento-base para a elaboração do modelo único de avaliação da deficiência.

> *Art. 2º Ao Grupo de Trabalho Interinstitucional compete formular*

propostas sobre:

I - ato normativo para regulamentar o art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que conterá os instrumentos e o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência; e

II - a criação e a alteração de atos normativos necessários à implementação unificada da avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho Interinstitucional utilizará o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado como instrumento-base para a elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência.

A primeira política pública brasileira a construir um instrumento de avaliação da deficiência baseado na Convenção da ONU foi o BPC, previsto no art. 203, inciso V, da Constituição e regulamentado pelo art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social. Trata-se de uma avaliação biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, que é aplicada desde 2009, ou seja, antes mesmo da promulgação da LBI. O instrumento encontra-se atualmente em sua terceira versão, fruto do processo de evolução contínua. O instrumento da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015, já foi aplicado por volta de 1,5 milhão de vezes, ou seja, trata-se de um instrumento maduro.

O instrumento do BPC consiste em um formulário para cada componente da deficiência: funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. Cada formulário contém dezenas de itens de classificação, indexados na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que são qualificados pelo perito médico federal do Ministério do Trabalho e Previdência (MTP) e o assistente social do INSS, que são os membros da equipe de avaliação do BPC. O resultado da deficiência é determinado por meio da combinação dos qualificadores de cada componente.

A segunda política a utilizar um instrumento baseado na Convenção foi a aposentadoria com tempo reduzido para a pessoa com deficiência, prevista no art. 201, §1º, da Constituição, e regulamentada pela Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. O referido instrumento teve como ponto de partida o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), elaborado pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS), o qual sofreu adaptação para a política pública específica, passando a denominar-se IFBr-A, estando em aplicação desde fevereiro de 2014. O IFBr-A tem uma escala de aplicação muito inferior à do instrumento do BPC, tendo sido aplicado em apenas algumas poucas dezenas de milhares de casos.

A imensa maioria das políticas destinadas às pessoas com deficiência, no entanto, não conta com uma avaliação da deficiência de acordo com a Convenção da ONU, nos moldes estabelecidos pela LBI. O IFBr-M, que é o resultado de um estudo de validação da Universidade de Brasília, foi desenvolvido com o intuito de preencher essa lacuna. No entanto, após um ano de debates e estudos no âmbito do GTI, está claro que o IFBr-M não é um instrumento adequado para determinar o acesso às políticas das pessoas com deficiência.

2.2 Desempenho do IFBr-M

O IFBr-M é um instrumento focado na avaliação do grau de independência no desempenho de

atividades e na restrição de participação. De fato, esse instrumento consiste essencialmente de uma matriz de atividades que devem ser pontuadas de acordo com a Medida de Independência Funcional (MIF) adaptada. As barreiras externas são assinaladas em alguns casos, mas apenas para fins de registro. De modo semelhante, as alterações em funções e estruturas do corpo não fazem diferença no resultado final da avaliação, embora tais alterações constituam um pré-requisito para que a perda de funcionalidade possa ser considerada deficiência. Dito de outro modo, o instrumento desconsidera elementos constituintes da deficiência previstos na Convenção da ONU e na LBI.

É importante destacar que, embora o IFBr-M possua um formulário de avaliação médica, este não foi objeto de análise no estudo de validação e não faz nenhuma diferença no resultado final da avaliação. Ademais, a aplicação do formulário de "funções corporais acometidas" não é sequer obrigatória no IFBr-M, uma vez que a presença do médico na equipe avaliadora seria dispensável. A pesquisa validação do IFBr-M não foi realizada no contexto da verificação da elegibilidade para acesso a benefícios ou serviços públicos e simplesmente presumia a existência do impedimento.

Consequentemente, o IFBr-M não é capaz de diferenciar as pessoas sem deficiência daquelas com deficiência leve, que é o principal objetivo de um instrumento que visa determinar o acesso a políticas destinadas exclusivamente às pessoas com deficiência, nem tampouco classificar adequadamente os indivíduos de acordo com o grau da deficiência. As evidências que autorizam essa afirmação estão documentadas nos relatórios dos Grupos Técnicos Especializados, nas atas das reuniões, no relatório da pesquisa de validação do IFBr-M, no estudo exploratório das avaliações da deficiência para acesso ao BPC e no relatório da pesquisa de campo realizada no INSS.

A tabela 1 descreve sucintamente os problemas mais críticos detectados no IFBr-M e que serviram de motivação para a proposta apresentada na próxima seção[1]. Cumpre destacar que o diagnóstico é robusto, no sentido de que os problemas descritos na tabela foram identificados de diferentes maneiras e tornaram-se objeto de ampla discussão durante praticamente todo o período de funcionamento do GTI.

Tabela 1: Principais problemas do IFBr-M e como foram identificados

Descrição	Forma de identificação
As alterações em funções e estruturas do corpo e as barreiras ambientais não afetam o resultado do IFBr-M diretamente, apenas por intermédio da funcionalidade. De fato, o IFBr-M mensura apenas o grau de independência no desempenho de um conjunto específico de atividades. Mas a funcionalidade é afetada por outros fatores que não integram o conceito de deficiência.	Debates nos Grupos Técnicos Especializados e estudo exploratório a partir das avaliações do BPC
O IFBr-M apresenta uma especificidade muito baixa, especialmente para deficiência leve: a cada dez pessoas sem deficiência leve, o IFBr-M deve errar por volta de nove casos. O mesmo problema é verificado, porém de forma menos acentuada, para deficiência moderada e grave. Entre os requerentes do BPC que passam pela avaliação da deficiência, 95% são considerados pessoas com deficiência. O percentual de caracterização para adultos é de 98%	Estudo de validação do IFBr-M, debates do Grupo Técnico Especializado do Instrumento, estudo exploratório a partir das avaliações do BPC e pesquisa de campo no INSS com amostra representativa de requerentes de

[1] Os estudos e análises realizadas tiveram como foco o BPC porque essa política, além de ter sido a primeira a adotar uma avaliação biopsicossocial da deficiência e hoje contar com instrumento maduro, é também a política com maior relevância no orçamento federal. De fato, o gasto do BPC à pessoa com deficiência é superior à toda a despesa do Programa Bolsa Família.

(implicações preocupantes para as políticas previdenciárias e afirmativas, além das assistenciais).	BPC
O IFBr-M apresenta uma variação grande no número de atividades discriminantes de acordo com a idade e presume a deficiência para algumas idades específicas nas três primeiras faixas etárias. Nesses grupos, o principal preditor do resultado do IFBr-M é a data do aniversário e não as alterações em funções e estruturas do corpo, o comprometimento da funcionalidade ou as barreiras externas.	Debates nos Grupos Técnicos Especializados, estudo exploratório a partir das avaliações do BPC e pesquisa de campo no INSS com amostra representativa de requerentes de BPC
Os adultos até 59 anos que realizam apenas uma atividade de forma adaptada já são considerados pessoas com deficiência (perda de 50 pontos de um total de 5000, dado que há 25 questões discriminantes). No caso dos indivíduos com 60 anos ou mais de idade, algo semelhante é verificado (perda de 62 pontos de um total de 2400, dado que há 12 questões discriminantes). Na prática, praticamente todos os indivíduos dessa faixa avaliados são considerados pessoas com deficiência.	Estudo exploratório a partir das avaliações do BPC e pesquisa de campo no INSS com amostra representativa de requerentes de BPC
O impedimento deveria fazer a diferença no resultado da avaliação do IFBr-M através do modelo linguístico fuzzy, que rebaixa a pontuação de domínios com maior peso para cada tipo de impedimento para indivíduos em situação de maior risco funcional. No entanto, o fuzzy apresenta efeito muito diferente de acordo com a faixa etária e o tipo de impedimento. Isso acontece porque o número de questões discriminantes por domínio é variável e pode inclusive ser igual a zero para algumas faixas etárias.	Estudo exploratório a partir das avaliações do BPC

Elaboração própria.

Tendo em vista essas fragilidades, pode-se concluir que a introdução do IFBr-M nas políticas públicas colocaria em risco a manutenção dos benefícios e serviços das pessoas com deficiência, na medida em que indivíduos sem deficiência passariam a acessá-los e as pessoas com deficiência passariam a enfrentar restrições de direito. Praticamente todos os adultos que passam pela avaliação seriam considerados pessoas com deficiência e, no caso das crianças, o resultado da avaliação seria determinado principalmente pela idade, o que não faz sentido do ponto de vista da determinação da elegibilidade a benefícios e serviços públicos, nem tampouco para as políticas afirmativas.

Antes de prosseguir, é importante destacar um ponto importante para a avaliação comparativa de propostas de adaptação do IFBr-M. Propostas que visem corrigir os problemas citados anteriormente desconsiderando as alterações em funções e estruturas do corpo (por exemplo, a partir do comprometimento de alguma funcionalidade específica) não devem apresentar resultado satisfatório, simplesmente porque se propõe a avaliar a deficiência sem analisar todos os seus componentes. A taxa de caracterização da deficiência (percentual de indivíduos considerados pessoas com deficiência entre aqueles avaliados) pode até diminuir, mas às custas de excluir pessoas com deficiência e incluir pessoas sem deficiência.

2.3 Instrumento único

Para incorporação do conceito de deficiência da Convenção da ONU aos procedimentos de acesso a políticas públicas que exigem a comprovação da deficiência como critério de acesso, o poder público deve construir instrumentos que assegurem que todos os elementos dessa definição sejam captados adequadamente. A proposta objeto deste documento considera o conceito de deficiência em sua integralidade e pode ser aplicada em todas as políticas para pessoas com deficiência.

Cumpre notar que a LBI delega ao Poder Executivo a competência para desenvolver

instrumentos de avaliação da deficiência e o Decreto nº 10.415/2020 determina que o GTI apresente propostas para tais instrumentos. Mas não há previsão, na legislação brasileira, de que um único instrumento seja aplicado em todas as políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência. Isto posto, uma pergunta pertinente é por que o GTI deve propor um instrumento único em vez de vários instrumentos.

Existem dois motivos principais para o governo brasileiro considerar um instrumento único para todos as políticas federais:

- Ganhos de bem-estar para as pessoas com deficiência: hoje em dia, um indivíduo que necessite acessar múltiplas políticas públicas deve comprovar a deficiência de uma forma diferente para cada benefício ou serviço desejado. Sem dúvida, isso representa um enorme encargo para esses indivíduos e seus familiares, que precisam providenciar uma documentação médica diferente de acordo com as exigências de cada órgão e se deslocar algumas vezes a equipamentos públicos que podem se situar a quilômetros de distância de suas residências e que nem sempre contam com infraestrutura acessível para todos os tipos de deficiência.
- Reduzir a judicialização em torno da caracterização da deficiência: quando um indivíduo tenta acessar uma política pública e tem o acesso negado por não atender o critério de deficiência, não é incomum que ele recorra à Justiça. Os critérios adotados pelo Poder Judiciário podem não ter relação com o modelo biopsicossocial ou, mais especificamente, com os instrumentos usados pelo Poder Executivo. Na situação em que o indivíduo teve a deficiência identificada em outro processo de reconhecimento de direito mantido pelo mesmo poder público, é natural que o Judiciário considere essa decisão para estender o acesso daquela pessoa à política pública desejada. Portanto, a adoção de um instrumento único deve pacificar a forma de verificação da deficiência, conferindo uniformidade aos critérios e meios, de modo a reduzir a judicialização.

3. Descrição da proposta

A seguir, apresenta-se a proposta de instrumento de avaliação da deficiência, que consiste de uma adaptação do IFBr-M capaz de melhorar o seu desempenho e torná-lo compatível com as políticas públicas brasileiras.

Além do instrumento, a proposta contempla outros elementos do modelo de avaliação que visam acrescentar informação, realçando a natureza multiprofissional e interdisciplinar da avaliação (formulário padrão do médico assistente, formulário pedagógico para crianças e adolescentes em idade escolar, solicitação de parecer especializado de membro da equipe multiprofissional e interdisciplinar e possibilidade de videoconferência para casos específicos), e tornar o processo de avaliação mais seguro e uniforme (composição das equipes avaliadoras).

3.1 Instrumento de avaliação da deficiência

O instrumento de avaliação consiste em quatro elementos:

- O IFBr-M para avaliar o componente de atividades e participação;
- O formulário do instrumento do BPC para avaliar as funções e estruturas do corpo (anexos I e II da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015);
- O formulário do instrumento do BPC para avaliar as barreiras ambientais (anexos I e II da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015); e
- Tabela combinatória que gera o resultado da deficiência segundo os qualificadores dos três componentes (atividades e participação, funções e estruturas do corpo e fatores

ambientais).

A tabela 2 descreve o resultado de deficiência (se é ou não pessoa com deficiência e o grau da deficiência) para cada combinação de qualificadores. Há um total de cem combinações possíveis já que existem cinco qualificadores baseados na CIF (nenhum, leve, moderado, grave ou completo) para os formulários de funções e estruturas do corpo e fatores ambientais do BPC, enquanto o IFBr-M admite quatro níveis de comprometimento da funcionalidade (nenhum, leve, moderado ou grave). A tabela, então, classifica o avaliado entre pessoa sem deficiência ou com deficiência leve, moderada ou grave.

Apesar de a tabela conter todas as cem combinações possíveis entre os qualificadores, o resultado é trivial em pelo menos metade dos casos. Por exemplo, há quarenta combinações em que o qualificador de atividades e participação (IFBr-M) ou de funções do corpo é igual a "nenhum" e, nesses casos, sabemos que o indivíduo não pode ser uma pessoa com deficiência. Do mesmo modo, há dez casos em que o qualificador de funções e estruturas do corpo é grave ou completo e o qualificador de atividades e participação é grave e, nessas situações, não há dúvida de que o resultado deve ser deficiência grave.

Por outro lado, há casos em que a definição do grau da deficiência não é tão simples. Por esse motivo, os dados da pesquisa de campo realizada no INSS foram de suma importância para o desenvolvimento da proposta. A tabela 2 é o resultado da análise detalhada de dezenas de casos extraídos dessa pesquisa, em que os requerentes do BPC foram avaliados pelo instrumento vigente no reconhecimento de direito e o IFBr-M. Tal análise foi realizada ao longo de várias semanas por uma equipe composta por servidores de diversas especialidades, familiarizados com a avaliação da deficiência. Esse trabalho contou com informações do histórico social dos requerentes, bem como do exame físico e da anamnese.

Tendo dito isso, é possível afirmar que a tabela conclusiva abaixo é a que gera o melhor resultado considerando os aspectos técnicos relacionados à avaliação da deficiência. O seu desempenho será demonstrado na próxima seção, que apresenta diversos casos exemplificativos extraídos da base de dados da pesquisa.

Tabela 2: Tabela combinatória que gera o resultado de deficiência a partir dos qualificadores para os três componentes

#	Funções e estruturas do corpo (instrumento do BPC)	Atividades e participação (IFBr-M)	Fatores ambientais (instrumento do BPC)	Grau da deficiência
1	C	G	C	G
2	C	G	G	G
3	C	G	M	G
4	C	G	L	G
5	C	G	N	G
6	C	M	C	G
7	C	M	G	G
8	C	M	M	M
9	C	M	L	M
10	C	M	N	M
11	C	L	C	M
12	C	L	G	M
13	C	L	M	M

#	Funções e estruturas do corpo (instrumento do BPC)	Atividades e participação (IFBr-M)	Fatores ambientais (instrumento do BPC)	Grau da deficiência
14	C	L	L	M
15	C	L	N	M
16	C	N	C	N
17	C	N	G	N
18	C	N	M	N
19	C	N	L	N
20	C	N	N	N
21	G	G	C	G
22	G	G	G	G
23	G	G	M	G
24	G	G	L	G
25	G	G	N	G
26	G	M	C	M
27	G	M	G	M
28	G	M	M	M
29	G	M	L	M
30	G	M	N	M
31	G	L	C	M
32	G	L	G	M
33	G	L	M	L
34	G	L	L	L
35	G	L	N	L
36	G	N	C	N
37	G	N	G	N
38	G	N	M	N
39	G	N	L	N
40	G	N	N	N
41	M	G	C	G
42	M	G	G	G
43	M	G	M	M
44	M	G	L	M
45	M	G	N	M
46	M	M	C	M
47	M	M	G	M
48	M	M	M	L
49	M	M	L	L
50	M	M	N	L
51	M	L	C	L
52	M	L	G	L
53	M	L	M	L
54	M	L	L	L
55	M	L	N	L
56	M	N	C	N

#	Funções e estruturas do corpo (instrumento do BPC)	Atividades e participação (IFBr-M)	Fatores ambientais (instrumento do BPC)	Grau da deficiência
57	M	N	G	N
58	M	N	M	N
59	M	N	L	N
60	M	N	N	N
61	L	G	C	N
62	L	G	G	N
63	L	G	M	N
64	L	G	L	N
65	L	G	N	N
66	L	M	C	N
67	L	M	G	N
68	L	M	M	N
69	L	M	L	N
70	L	M	N	N
71	L	L	C	N
72	L	L	G	N
73	L	L	M	N
74	L	L	L	N
75	L	L	N	N
76	L	N	C	N
77	L	N	G	N
78	L	N	M	N
79	L	N	L	N
80	L	N	N	N
81	N	G	C	N
82	N	G	G	N
83	N	G	M	N
84	N	G	L	N
85	N	G	N	N
86	N	M	C	N
87	N	M	G	N
88	N	M	M	N
89	N	M	L	N
90	N	M	N	N
91	N	L	C	N
92	N	L	G	N
93	N	L	M	N
94	N	L	L	N
95	N	L	N	N
96	N	N	C	N
97	N	N	G	N
98	N	N	M	N
99	N	N	L	N

#	Funções e estruturas do corpo (instrumento do BPC)	Atividades e participação (IFBr-M)	Fatores ambientais (instrumento do BPC)	Grau da deficiência
100	N	N	N	N

Elaboração própria. N: nenhum, L: leve, M: moderado, G: grave, C: completo.

3.2 Outros elementos do modelo de avaliação

Além do instrumento descrito anteriormente, a proposta contém elementos do modelo de avaliação da deficiência que visam contribuir para que o resultado seja mais fidedigno à realidade. É ponto pacífico que quanto mais informação estiver disponível para a equipe avaliadora, melhor será o resultado da avaliação. A questão relevante é como obter informação de forma eficiente. Um ponto final de extrema relevância referente ao modelo de avaliação é a composição das equipes avaliadoras, que será tratado no último tópico desta seção.

a) Formulário padrão do médico assistente

No caso da informação médica, extremamente útil na avaliação das funções e estruturas do corpo por parte dos peritos médicos, o profissional habilitado a fornecer os dados é, sem dúvida, o médico assistente. A apresentação dessas informações por parte dos avaliados é facultativa e deve continuar assim, tendo em vista que, apesar da capilaridade do Sistema Único de Saúde, o agendamento de consultas e a realização de exames podem consumir muito tempo e, nesse período, o indivíduo permanecerá sem o acesso ao benefício ou serviço de que precisa.

O que se propõe é a uniformização das informações médicas trazidas pelos requerentes, nos moldes propostos no Apêndice A. O formulário padrão do médico assistente possibilita a descrição detalhada do quadro clínico apresentado pelo indivíduo, da perspectiva de evolução global, dos impactos funcionais e relacionais, além do projeto terapêutico. Dessa forma, o profissional avaliador obterá um relatório qualificado elaborado pelo médico responsável pelo tratamento e acompanhamento do indivíduo.

b) Formulário pedagógico

No caso das crianças, é especialmente difícil prever se as alterações verificadas em funções e estruturas do corpo acarretarão restrição de participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. No momento da avaliação, os profissionais procuram fazer uma inferência qualificada, mas enfrentam certas dificuldades, como, por exemplo, o curto período disponível para a entrevista e os exames.

Ademais, crianças e jovens podem agir de forma diferente do que em seu cotidiano. Embora os pais, responsáveis e cuidadores, possam auxiliar os avaliadores prestando as informações solicitadas, não se deve perder de vista que se trata de uma avaliação para determinar o acesso a benefícios e serviços públicos. Nesse contexto, é natural que as dificuldades sejam enfatizadas para aumentar as chances de acesso. Por outro lado, certas dificuldades que as crianças e jovens vivenciam podem não transparecer no momento da avaliação, a exemplo dos problemas de aprendizagem específicos e de comportamento inadequado.

Considerando que os professores do ensino fundamental e médio ocupam um papel essencial na agenda de crianças e adolescentes em idade escolar e investem um número relevante de horas na observação de seus desenvolvimentos, rendimentos e comportamentos, a presente proposta inclui o parecer do educador como um importante elemento interdisciplinar para o subsídio da análise biopsicossocial da deficiência na faixa etária de 4 a 17 anos (apêndice B). A experiência de algumas agências do INSS sugere que esse tipo de informação melhora substancialmente o resultado da avaliação.

c) *Solicitação de parecer técnico especializado do avaliador da equipe multiprofissional e interdisciplinar*

Dada a escala de trabalho (centenas de milhares de avaliações por ano), não é viável reunir os integrantes da equipe multiprofissional para que possam analisar conjuntamente todos os casos. No entanto, é desejável estimular a comunicação eficiente entre outros profissionais, ou seja, permitir que um membro solicite algum esclarecimento ou possa tirar dúvidas sobre aspectos do indivíduo que dizem respeito à especialidade do colega avaliador.

Nesse sentido, a solicitação de parecer técnico especializado do avaliador da equipe multiprofissional e interdisciplinar (apêndice C) possibilita o intercâmbio de informações entre os profissionais avaliadores de áreas de conhecimento diferentes sempre que necessário. Essa forma de comunicação pode ser efetivada sem comprometer a agenda dos profissionais atuantes na avaliação, com o apoio de colegas sem agenda comprometida com atendimentos, que absorveriam essa atribuição. Normativos simples seriam suficientes para instituir essa nova forma de comunicação sem congestionar as agendas das categorias que hoje são responsáveis pela avaliação da deficiência.

A comunicação entre os profissionais poderia se beneficiar ainda dos recursos tecnológicos que hoje permitem a realização de videoconferências de alta qualidade com equipamentos comuns, acessíveis a todos no ambiente de trabalho. Contudo, propõe-se que as videoconferências entre avaliadores sejam realizadas apenas excepcionalmente, quando a troca de informações for estritamente necessária para subsidiar as decisões nos casos mais difíceis, tendo em vista os desdobramentos nas agendas. Assim, diferentemente da solicitação de parecer técnico, a implantação das videoconferências demandará aprofundamento com as equipes de atendimento.

d) *Composição das equipes avaliadoras*

Uma dimensão do modelo de avaliação da deficiência que não deve ser subestimada é a composição das equipes avaliadoras, pois são esses profissionais que resguardarão o direito das pessoas com deficiência às políticas públicas concebidas para atender as suas necessidades específicas. Da mesma forma que o instrumento proposto visa conferir certa uniformidade às avaliações, a composição das equipes avaliadoras é fundamental para assegurar homogeneidade ao processo de reconhecimento de direito.

No modelo proposto, o perito médico federal do MTP será responsável pela avaliação dos impedimentos em funções e estruturas do corpo e avaliará o componente de atividades e participação por meio da aplicação do IFBr-M. O segundo avaliador, por seu turno, avaliará as atividades e participação pelo IFBr-M e qualificará os fatores ambientais. Se o indivíduo estiver pleiteando um benefício previdenciário, assistencial ou tributário, o segundo avaliador será o analista do INSS. Para as outras finalidades, a segunda avaliação poderá ser realizada por entidades parceiras, mas sob supervisão do serviço social do INSS.

As principais justificativas estão elencadas abaixo:

- Tal proposição justifica-se, primeiramente, porque a perícia médica federal do MTP e os analistas do INSS já possuem conhecimento e experiência na avaliação da deficiência daquelas políticas que adotam o modelo biopsicossocial preconizado pela LBI: no Benefício de Prestação Continuada à pessoa com deficiência, desde a primeira versão do instrumento; e na aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime

Geral de Previdência Social, desde a implantação do instrumento em 2014.

- A expansão das competências dos peritos médicos federais do MTP e dos analistas do INSS justifica-se pelo fato de que, como o instrumento e o modelo serão únicos, o resultado obtido para uma finalidade poderá ser utilizado para outras. Assim, o resultado da avaliação para o passe-livre poderá ser usado no BPC e na aposentadoria especial da pessoa com deficiência.
- Além disso, deve-se lembrar que, no passado, diante da restrição de quadro próprio de peritos médicos, o INSS adotou o credenciamento de profissionais para o reconhecimento de direito a benefícios por incapacidade e os resultados foram a elevação indevida nas taxas de concessão e um número excessivo de avaliações gerado pelo agendamento de perícias desnecessárias.
- Cabe destacar ainda que o código de ética médica determina que o médico não pode ser perito do seu "próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado".
- Não se deve desconsiderar ainda que, ao permitir que profissionais com qualquer vinculação institucional atuem na avaliação da deficiência, será criada uma margem para influência política nos resultados. Não é difícil imaginar que prefeitos e vereadores patrocinarão equipes de avaliação para reconhecer o direito de indivíduos sem deficiência às políticas das pessoas com deficiência.

Isto posto, no caso da perícia médica, faz-se necessário estender a vigência da atribuição referente à avaliação da deficiência prevista na lei da carreira. De acordo com o inciso V do § 3º do art. 30 da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, é atribuição essencial e exclusiva da perícia médica o exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência de que trata o § 1º do art. 2º da LBI, no âmbito federal, para fins previdenciários, assistenciais e tributários, observada a vigência estabelecida no parágrafo único do art. 39 da Lei resultante da Medida Provisória nº 871, de 18 de janeiro de 2019. O referido dispositivo da Medida Provisória nº 871, convertida na Lei nº 13.846, de 18 de julho de 2019, determina que tal atribuição terá vigência até a publicação do ato normativo que aprovar o instrumento de avaliação a que se refere o § 2º do art. 2º da LBI.

Portanto, sugere-se que os novos normativos, relacionados ao instrumento e à avaliação unificada, determinem que o exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência de que trata o § 1º do art. 2º da LBI seja atribuição da perícia médica federal.

Do mesmo modo, será necessário ampliar as atribuições dos analistas do INSS que hoje atuam nas avaliações para fins previdenciários e assistenciais (Leis nºs 8.213/1991, 8.742/1993, 10.855/2004 e Decreto nº 8.653/2016), uma vez que passarão a ser responsáveis pelas avaliações para fins tributários. A alteração normativa deverá ainda estabelecer que os analistas do INSS exercerão a supervisão das avaliações realizadas por entidades parceiras.

4. Avaliação

Nesta seção, avaliamos a proposta sob duas perspectivas: impacto orçamentário da introdução do novo instrumento nas políticas públicas e análise do desempenho da proposta em casos reais extraídos da base de dados da pesquisa de campo.

Em síntese, o instrumento proposto aumenta moderadamente a taxa de caracterização da deficiência em relação ao instrumento adotado atualmente no reconhecimento de direito ao

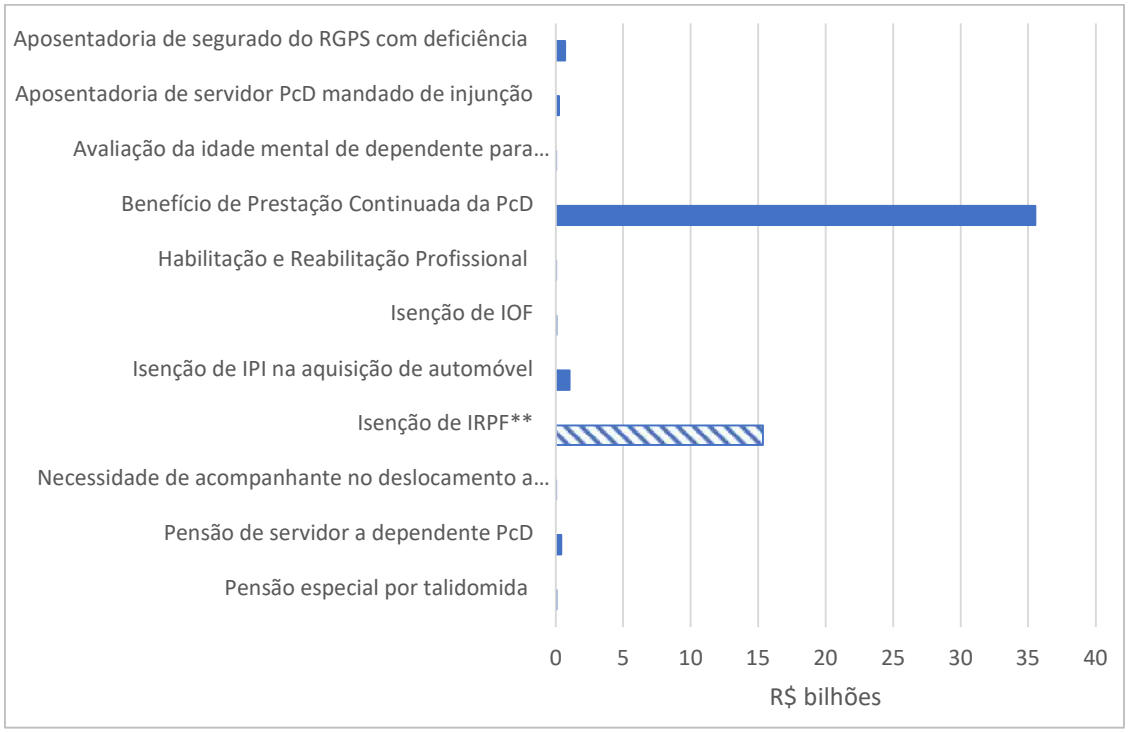
BPC. Mas tal acréscimo é muito inferior ao que seria promovido pelo IFBr-M porque os ajustes empreendidos no instrumento-base eliminam grande parte dos casos de falsos positivos.

No que se refere ao desempenho da proposta na diferenciação das pessoas sem deficiência daquelas com deficiência leve e na classificação das pessoas com deficiência de acordo com as diferentes gradações, os casos exemplificativos apresentados indicam que o instrumento apresenta resultado bastante satisfatório. Além disso, os resultados indicam que a melhora promovida no desempenho decorre da consideração do efeito das alterações em funções e estruturas do corpo.

4.1 Impacto orçamentário

Entre os mais de 30 benefícios e serviços das pessoas com deficiência, o BPC é aquele que, de longe, representa o maior peso no orçamento federal, conforme estimativas da figura 1, extraídas do relatório do Grupo Técnico Especializado do Orçamento. De fato, a despesa anualizada do BPC à pessoa com deficiência é superior a R$ 35 bilhões, ou seja, uma quantia maior do que o orçamento anual do Programa Bolsa Família. Se excluirmos a isenção de IRPF (R$ 15 bilhões anuais de gasto tributário) – tendo em vista que ela destina-se também a indivíduos acometidos por doenças diversas (cardiopatia grave, doença de Parkinson, síndrome da imunodeficiência adquirida etc.) – conclui-se que o BPC representa por volta de 90% do total do orçamento federal alocado em políticas das pessoas com deficiência.

Figura 1: Estimativa da despesa direta ou renúncia de arrecadação na esfera federal referente aos benefícios e serviços da pessoa com deficiência – 2021*



Fonte: Relatório do Grupo Técnico Especializado do Orçamento. Notas: (*) Nem todos os benefícios ou serviços oneram o caixa do Tesouro. Projeções para 2021 elaboradas a partir dos dados do orçamento ou de informações disponibilizadas pelos órgãos gestores das políticas. (**) Isenção de IRPF considera não também indivíduos acometidos por doenças diversas, a exemplo de cardiopatia, Parkinson e tuberculose.

Cabe ressaltar que o BPC atualmente já adota um instrumento de avaliação aderente ao modelo biopsicossocial preconizado pela LBI, cuja taxa de caracterização da deficiência é conhecida.

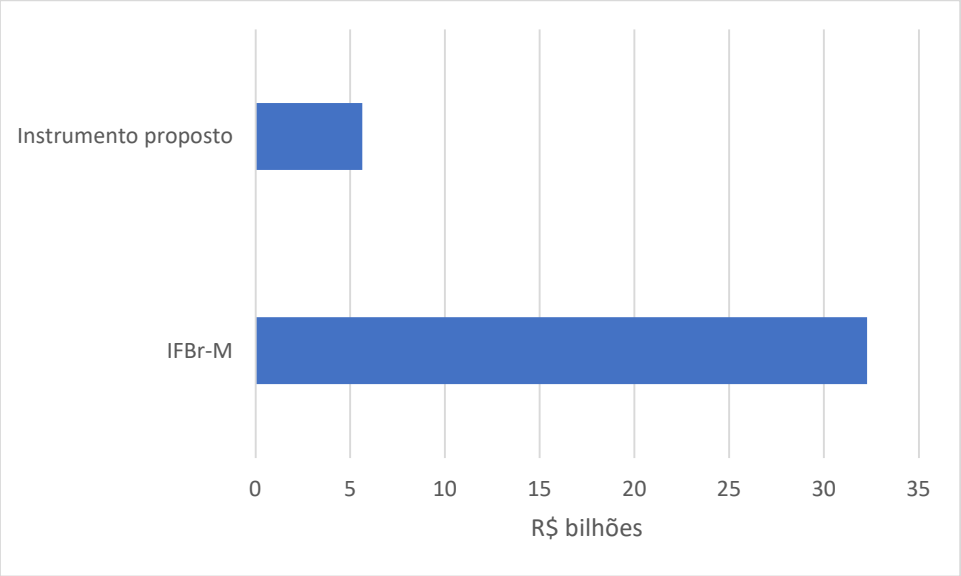
Além disso, dispõe-se de estimativas muito boas para as taxas de caracterização da deficiência do IFBr-M e do instrumento proposto, que foram obtidas dos dados individualizados da pesquisa de campo com requerentes do BPC realizada no INSS. Por outro lado, os elementos necessários para realizar cálculos semelhantes para os demais benefícios e serviços não se encontram disponíveis no momento. De todo modo, dada a importância relativa das diferentes políticas no orçamento federal, o efeito global tende a ser dominado pelo impacto no BPC à pessoa com deficiência.

A seguir, apresenta-se uma estimativa simples do impacto potencial do IFBr-M e do instrumento proposto na despesa federal com o BPC. Não se trata da estimativa mais adequada para a verificação da adequação orçamentária-financeira, por motivos que devem ficar claros nos próximos parágrafos. Para replicar os cálculos, os seguintes insumos são necessários:

- Taxa de caracterização do instrumento do BPC: 49,7% (fonte: pesquisa de campo com requerentes do BPC);
- Taxa de caracterização do IFBr-M: 94,9% (fonte: pesquisa de campo com requerentes do BPC);
- Taxa de caracterização do instrumento proposto: 57,6% (fonte: pesquisa de campo com requerentes do BPC); e
- Despesa anualizada com o BPC: R$ 35,5 bilhões (estimativa para 2021 extraída do relatório do Grupo Técnico Especializado do Orçamento).

A taxa de caracterização do IFBr-M é 45,2 pontos percentuais superior à do BPC, ou seja, 90,9% maior em termos proporcionais. A estimativa do impacto potencial do IFBr-M no orçamento é baseada na consideração de que a diferença proporcional na taxa de caracterização da deficiência (isto é, o percentual de pessoas avaliadas que têm o direito ao benefício reconhecido) deve refletir-se, no longo prazo, no número de pessoas atendidas e, consequentemente, na despesa anualizada com o benefício. Sendo assim, uma estimativa direta e simples do impacto potencial na despesa anualizada é de R$ 32,3 bilhões (91% de R$ 35,5 bilhões), conforme mostra a figura 2.

Figura 2: Acréscimo potencial na despesa anualizada do BPC gerado pela mudança do instrumento (bilhões de reais constantes)



Elaboração própria.

Do mesmo modo, a taxa de caracterização da deficiência do instrumento proposto é 7,9 pontos percentuais superior à do instrumento do BPC, ou seja, 15,9% maior em termos proporcionais. Assim, a proposta não é neutra do ponto de vista fiscal, pois inclui no público do BPC indivíduos que hoje não têm o direito reconhecido. O acréscimo potencial na despesa anualizada, no entanto, é bem mais moderado do que o do IFBr-M porque não inclui pessoas sem deficiência no público atendido: a estimativa é de R$ 5,6 bilhões, ou seja, quase seis vezes menor do que a do IFBr-M.

Embora simplificadas, tais projeções são muito úteis porque informam para os gestores públicos, de forma transparente, quais são as ordens de grandeza relevantes para o orçamento federal, mais especificamente, da assistência social. Portanto, além das fragilidades do IFBr-M documentadas nos estudos realizados no âmbito do GTI, conclui-se que esse instrumento não é viável devido ao impacto orçamentário no longo prazo. Um impacto dessa magnitude não é compatível com a perenidade dessa e de outras políticas para as pessoas com deficiência por uma questão de restrição material. Por outro lado, o instrumento proposto deve acarretar um aumento da despesa mais moderado.

Como observado anteriormente, tais estimativas não foram desenvolvidas tendo em vista a verificação da adequação orçamentária-financeira, incluindo o atendimento às regras fiscais e o dimensionamento das medidas de compensação necessárias. Para essa finalidade, deve-se considerar o efeito do novo instrumento de avaliação da deficiência em cada um dos três primeiros anos, sem as inúmeras simplificações adotadas no cálculo acima. Nele supõe-se, por exemplo, que todos os potenciais beneficiários do BPC apresentam seus requerimentos e que eles são concedidos de uma só vez, de acordo com as taxas de caracterização da deficiência estimadas. Mas esse cenário não é realista, pois nem todos os potenciais beneficiários vão apresentar seus requerimentos no mesmo instante e, ademais, o INSS e a perícia médica federal possuem uma capacidade de atendimento fixa no curto prazo. Tais restrições não devem ser desconsideradas se o objetivo for obter estimativas próximas do real impacto orçamentário-financeiro nos primeiros três anos.

4.2 Classificação dos indivíduos entre os graus de deficiência

A taxa de caracterização da deficiência é um parâmetro simples e útil para as estimativas do impacto orçamentário, mas a avaliação da proposta deve ser realizada de forma mais ampla. Afinal, esse parâmetro pode ser reduzido excluindo pessoas com deficiência e mantendo pessoas sem deficiência entre o público atendido pelas políticas públicas. Isso pode acontecer se a deficiência for avaliada de forma inapropriada, por exemplo, desconsiderando as alterações em funções e estruturas do corpo.

A proposta descrita neste documento foi elaborada com o auxílio de dados extraídos da pesquisa de campo do INSS. Nessa pesquisa, os requerentes de BPC foram avaliados a partir do instrumento atualmente adotado no reconhecimento de direito e pelo IFBr-M. Cabe lembrar que o instrumento proposto consiste na combinação do IFBr-M e dos formulários de funções e estruturas do corpo e fatores ambientais do BPC, sendo o resultado da deficiência determinado pela tabela combinatória, apresentada anteriormente (tabela 2). Desse modo, os mesmos dados usados para construir a proposta podem ser usados para mostrar, de forma intuitiva, que o instrumento apresenta desempenho satisfatório na classificação dos indivíduos entre pessoas sem deficiência e com deficiência, de acordo com o grau.

A tabela 4 demonstra, através de uma análise sistemática de casos mais simples, que a proposta de instrumento melhora o desempenho do IFBr-M porque inclui a avaliação das funções e estruturas do corpo. A segunda coluna da tabela é uma avaliação subjetiva que diz se o indivíduo com as características definidas nas duas colunas seguintes é ou não percebido como uma pessoa com deficiência pela sociedade. Como os casos dessa tabela são extremos, essa avaliação subjetiva pode até ser considerada imprecisa, mas não incorreta. A terceira coluna descreve o impedimento, ao passo que a quarta coluna informa o qualificador para o componente de funções e estruturas do corpo.

Nota-se que os indivíduos com paraplegia ou tetraplegia com qualificador completo para funções e estruturas do corpo (96% a 100% na escala da CIF) para os quais o IFBr-M indicava deficiência moderada tiveram a gradação aumentada para grave pelo instrumento proposto. O mesmo resultado é verificado para um dos casos da cegueira completa. Por outro lado, indivíduos com transtornos devido ao uso de álcool, obesos, com transtornos de personalidade ou episódios depressivos, mas com alterações leves em funções e estruturas do corpo (5% a 24%), tiveram o grau da deficiência reduzido de leve ou moderado para nenhum. Em todos esses casos, o qualificador de funções do corpo (já agravado no caso de alterações nas estruturas corporais ou quando há perspectiva de piora do quadro) mostra-se de extrema relevância para conciliar o resultado do IFBr-M, referente ao grau de independência no desempenho de algumas atividades, à premissa da segunda coluna.

Tabela 4: Análise sistemática do efeito das funções e estruturas do corpo no resultado da deficiência

#	Premissa	Descrição	Caracterização	Mudança em relação ao resultado do IFBr-M
1	É visto como deficiência grave pela sociedade	Paraplegia e tetraplegia	CID10 G82 com qualificador completo para funções e estruturas do corpo	Eleva grau de moderado (2/3) para grave (3/3)
2	Não é visto como pessoa com deficiência pela sociedade	Transtornos Devidos ao Uso de Álcool	CID10 F10 com qualificador leve para funções e estruturas do corpo	Reduz de moderado (4/6) e leve (2/6) para nenhum (6/6)
3	É visto como deficiência grave pela sociedade	Cegueira	CID10 H54 com qualificador completo para funções e estruturas do corpo	Eleva grau de moderado (1/5) para grave (5/5)
4	Não é visto como pessoa com deficiência pela sociedade	Obesidade	CID10 E66 com qualificador leve para funções e estruturas do corpo	Reduz de leve (1/1) para nenhum (1/1)
5	Não é visto como pessoa com deficiência pela sociedade	Transtornos específicos de personalidade	CID10 F60 com qualificador leve para funções e estruturas do corpo	Reduz de moderado (3/4) e leve (1/4) para nenhum (4/4)
6	Não é visto como pessoa com deficiência pela sociedade	Episódios depressivos	CID10 F32 com qualificador nenhum ou leve para funções e estruturas do corpo	Reduz de grave (1/4), moderado (1/4) e leve (2/4) para nenhum (4/4)

Elaboração própria.

Os indivíduos avaliados podem apresentar restrição de participação por diferentes motivos e, no caso dos requerentes de BPC, a participação na sociedade em igualdade de condições com outros indivíduos é frequentemente comprometida pela vulnerabilidade socioeconômica, além

do possível impedimento corporal. Assim, o qualificador das funções e estruturas do corpo constitui um elemento central da proposta porque estabelece a conexão entre o comprometimento da funcionalidade e o impedimento corporal, necessária para a caracterização da deficiência. Portanto, uma proposta que desconsidere a análise médica sobre os impedimentos corporais é inapropriada para diferenciar as pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como para determinar o grau da deficiência.

Os fatores ambientais também afetam o resultado, como é possível notar na tabela 2, na medida em que interagem com as alterações em funções e estruturas do corpo para facilitar ou dificultar participação na sociedade (por exemplo, a adaptação da moradia e o relevo da vizinhança podem afetar imensamente a realização de atividades básicas da vida diária no caso de um cadeirante). A ênfase em funções e estruturas do corpo é explicada, por um lado, pelo fato de que faz uma diferença muito grande no resultado; e, de outro, porque existem interlocutores que apresentam enorme resistência à consideração do exame médico no resultado da deficiência, apesar das evidências de sua relevância.

A tabela 5 descreve alguns casos específicos de forma mais detalhada para não deixar dúvida sobre o desempenho do instrumento proposto. Além da descrição do impedimento e dos qualificadores para os três componentes (funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais), a tabela apresenta um resumo da história clínica e social, bem como dados do exame físico, quando pertinente. Essa lista não é exaustiva, pois, na construção da proposta, vários outros casos foram examinados. A relação de casos é exemplificativa e foi selecionada de forma a abranger os diferentes tipos de impedimento (físico-motor, intelectual, mental-psicossocial, auditivo e visual) em situações nas quais o instrumento proposto mantém, reduz ou eleva o grau da deficiência indicado pelo IFBr-M.

Não cabe aqui discutir cada caso individualmente, mas é interessante chamar atenção para algumas situações específicas. Vale ressaltar que a consideração das funções e estruturas do corpo permite tratar adequadamente as situações em que o comprometimento da funcionalidade é o resultado de alterações leves adquiridas com a idade. Por exemplo, a linha 4 descreve a situação de uma mulher que relata esporão nos pés, bico de papagaio na coluna e artrose, mas sem limitações significativas decorrentes dessas alterações, que são passíveis de controle ambulatorial, medicamentoso e fisioterápico. O instrumento proposto, diferentemente do IFBr-M que atribui grau leve (lembrando que quase todos os adultos são pessoas com deficiência para o IFBr-M, mesmo que o comprometimento da funcionalidade seja mínimo), considera que essa mulher não é uma pessoa com deficiência. Uma situação semelhante é apresentada na linha 16 da tabela, que descreve o caso de uma mulher com relatos de esquecimentos e humor deprimido, bem como outras alterações leves em funções do corpo (hipertensão, enxaqueca, ansiedade, gastrite, fibromialgia e queixas articulares) adquiridas com o avançar da idade.

A linha 9 descreve um caso interessante para contrastar com as situações da tabela 4 referentes a transtornos causados pelo abuso de álcool (lembrando que nenhum daqueles casos é considerado pessoa com deficiência de acordo com a proposta deste documento). O indivíduo descrito nessa linha apresenta deficiência grave pelo instrumento proposto e moderada para o IFBr-M. Esse homem, em decorrência do uso excessivo de álcool por muitos anos durante a juventude, tornou-se incapaz de se locomover sem o auxílio de cadeira de rodas ou de realizar atividades básicas da vida diária, como vestir-se ou preparar refeições, sem o auxílio de terceiros. Apesar de contar com o apoio de alguns amigos, os fatores contextuais não são suficientes para que esse indivíduo possa participar da sociedade de forma satisfatória.

Deve-se observar que, como estamos tratando de um processo de reconhecimento de direito, não é incomum que os requerentes apresentem documentação médica e prescrições de medicamentos visando convencer o avaliador da sua condição de pessoa com deficiência. Às vezes, os requerentes apresentam inclusive mudança de comportamento ao entrar na sala ou consultório do avaliador, conforme relato de profissionais. O profissional, por seu turno, deve realizar a avaliação seguindo o roteiro e os critérios determinados pelo instrumento. No caso do exame médico integrante da avaliação biopsicossocial, a anamnese e o exame físico são procedimentos imprescindíveis, que podem ou não confirmar os laudos e exames apresentados pelos requerentes, e orientam a avaliação das dezenas de itens de classificação das funções do corpo e o preenchimento do quadro de estruturas do corpo e prognóstico.

Na linha 13, por exemplo, tem-se o caso de uma mulher que relata uma série de condições (alega depressão, síndrome do pânico e ansiedade e queixa-se de medos infundados, nervosismo, falta de ar, que não consegue ficar em aglomerações, vontade de chorar, impaciência e agonia na cabeça) e apresenta atestado que sugere acompanhamento médico há mais de três anos. O exame do perito médico, no entanto, não confirma as queixas da requerente e indica alterações no máximo leves em funções do corpo, sendo a patologia passível de controle clínico. Nesse caso, apesar do IFBr-M indicar que a deficiência é moderada, o instrumento proposto conclui que essa mulher não é pessoa com deficiência.

A linha 15 descreve uma história social especialmente dramática, de uma mulher que possui antecedentes de consumo de drogas, já foi reclusa e hoje encontra-se em prisão domiciliar, é viúva, possui quatro filhos e não aufere renda do trabalho. O relato de impedimento mental-psicossocial não é confirmado pela documentação apresentada e nem pelo exame do perito médico, de modo que o instrumento proposto não considera que essa mulher seja uma pessoa com deficiência. Não há dúvida de que se trata de uma pessoa que necessita do apoio do Estado (atualmente, ela é beneficiária do programa bolsa família), mas não devido à condição de pessoa com deficiência, que não foi comprovada pela avaliação.

As últimas linhas da tabela 5 descrevem casos de indivíduos com impedimento visual, mas com graus diferentes de deficiência. Na linha 21, tem-se o caso de um homem com visão monocular e preservação de grande parte da acuidade visual do outro olho, sem outras alterações em funções e estruturas do corpo. Em decorrência do problema na visão, há certo comprometimento da funcionalidade e o grau da deficiência indicado pelo instrumento proposto é leve, enquanto o IFBr-M sugere que o grau da deficiência é moderado. Na proposta, o grau da deficiência seria majorado para moderado se o qualificador de fatores ambientais indicassem barreiras graves. Por fim, a linha 22 descreve a situação de uma criança com alterações graves na visão de ambos os olhos (microftalmia direita e presença de membrana na órbita esquerda) e que, em decorrência disso, apresenta dificuldades grandes para desempenhar atividades esperadas para a sua idade, sendo incapaz, por exemplo, de localizar-se no ambiente.

Os demais casos dessa tabela e os tantos outros analisados durante o desenvolvimento e avaliação da proposta sugerem que o instrumento descrito neste documento apresenta desempenho bastante satisfatório na separação das pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como na classificação dos indivíduos de acordo com o grau da deficiência. A melhora no desempenho em relação ao IFBr-M decorre da consideração adequada dos três componentes que interagem para determinar o quadro de deficiência, quais sejam as funções e estruturas do corpo, os fatores ambientais e as atividades e participação.

É importante ficar claro para os tomadores de decisão que a desconsideração do efeito do impedimento corporal no resultado da deficiência tem como consequência a classificação equivocada de indivíduos sem deficiência como pessoas com deficiência. O comprometimento da funcionalidade pode ser ocasionado for fatores socioeconômicos, alterações leves adquiridas com a idade e doenças passíveis de controle clínico, medicamentoso e reabilitação que prejudicam temporariamente o desempenho de certas atividades, mas a deficiência só deve ser atestada quando tal comprometimento é causado por impedimento de longo prazo e os fatores contextuais são insuficientes para viabilizar a participação plena e efetiva do indivíduo na sociedade.

Tabela 5: Desempenho da proposta a partir de casos exemplificativos extraídos da pesquisa de campo

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
1	Auditivo e físico (CID H90 – perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro-sensorial)	Menino de 6 anos	Bom estado geral, corado, sem alterações de humor, orientado e com adequada higiene pessoal. Faz uso de aparelho auditivo há 2 anos. Perda auditiva bilateral moderada diagnosticada há 3 anos. Comunica-se sem limitações. Exame psíquico e mental: normal. Aparelhos cardiovascular, respiratório e osteoarticular: normal. Extremidades: normal.	MMM	M	L
2	Auditivo (CID H903 – Perda de audição bilateral neuro-sensorial)	Mulher de 49 anos	Bom estado geral, corada, sem alterações de humor, orientada e com adequada higiene pessoal. Estudou até a 4ª série, casou-se, teve 7 filhos, mora em região rural e cuida de atividades domésticas. Perda auditiva bilateral de grau profunda. Não usa aparelho auditivo (relata que não servia mais). Relata que não vai à cidade por receio de ser atropelada. Faz leitura labial para comunicar-se.	GMG	M	M
3	Auditivo e intelectual (CID H91 – Outras perdas de audição, CID F71 – Retardo mental moderado)	Mulher de 50 anos	Alerta, globalmente orientada, atitude colaborativa e cordial. Poucas palavras, aversão a raciocínios mais complexos, humor embotado não polarizado e moderada dificuldade de comunicação verbal. Teve dois filhos. Disacusia mista grave bilateral, indicação de aparelho de amplificação sonora (ainda não chegou). Deficit cognitivo e intelectual com episódios de agitação psicomotora e crises de choro, irritabilidade fácil (CAPS), controle medicamentoso.	GGG	G	G
4	Físico e mental (CID M545 – Dor lombar baixa)	Mulher de 45 anos	Bom estado geral e adequada higiene pessoal. Estudou até 8ª série, último vínculo formal em 2004 na função de vendedora, trabalhava informalmente como faxineira até 2005. Relata esporão nos pés, bico de papagaio na coluna, artrose nos joelhos e tornozelos. Apresentou diversos raios X indicando alterações discretas. Exame físico do perito não sugere limitações funcionais significativas. Patologia passível de controle ambulatorial, medicamentoso e fisioterápico.	LLM	L	N

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
5	Físico e mental (CID G44.2 – a Cefaléia tensional)	Mulher de 52 anos	Consciente, orientada, sem defict de humor ou cognitivo. Estudo até a 3ª série, era doméstica e parou de trabalhar em 2010. Relata fortes dores de cabeça e cansaço. Falta de ar há 2 dias (não fez teste de Covid-19, relatou ser muito alérgica). Sem atestados, exames ou receitas. Exame físico não indica alteração da funcionalidade.	LML	M	N
6	Físico (CID M25.5 – Dor articular, CID M47 – Espondilose)	Mulher de 59 anos	Bom estado geral e adequada higiene pessoal. Diagnóstico de hérnia de disco, lombalgia e tendinites (raios X indicam alterações leves). Relata diabetes, hipertensão, hipertireoidismo e asma. Exame físico não indica alteração da funcionalidade, exceto dor referida no ombro direito.	LMG	M	N
7	Físico e mental (CID I10 – Hipertensão essencial (primária))	Homem de 63 anos	Bom estado geral, humor estável, juízo preservado e bom cuidado com a higiene e aparência. Exerce a atividade de biscateiro (serviços gerais simples). Relata hipertensão e dislipidemia. Apresenta atestado, mas sem exame complementar ou receita. Exame físico não indica alteração da funcionalidade.	LMG	M	N
8	Físico (CID S82.2 – Fratura da diáfise da tíbia)	Homem de 42 anos	Bom estado geral, vestido adequadamente e humor rebaixado. Possui ensino fundamental incompleto, exercia a atividade de servente de pedreiro, mas interrompeu há 2 anos, quando sofreu acidente de trânsito. Teve fratura exposta na perna direita com tratamento cirúrgico, houve complicações e amputação de parte da perna. Feridas cicratizadas, marcha claudicante sem carga na perna direita, faz uso de muletas.	MLG	L	L
9	Físico (CID G82 – Paraplegia flácida, CID G62 – Polineuropatia alcoólica)	Homem de 32 anos	Regular estado geral, emagrecido, corado e hidratado. Aparenta ser bem mais velho, pensamento organizado e coeso e pragmatismo preservado. Relata que manteve uso abusivo de álcool por muitos anos (iniciou aos 14 anos). Abstinência há 3 anos, mas com algumas recaídas. Uso de drogas ilícitas por pouco tempo. Uso recorrente de analgésicos e anti-inflamatórios devido a dores e feridas. Passou a sentir fraqueza nas pernas em 2014/2015 e quadro piorou há 4 anos e passou a necessitar de cadeira de rodas, alterações confirmadas pelo exame físico. Diagnóstico de neuropatia secundária a uso de álcool. É solteiro, mas já	CMG	M	G

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
			teve união estável, mora sozinho e tem um filho de 14 anos. Era beneficiário do programa bolsa família, mas deixou de receber. Precisa de ajuda para ir ao banheiro, preparar refeições, se vestir/ despir e manusear seus pertences. É mantido por amigos, recebe cestas básicas e ajuda financeira.			
10	Auditivo e intelectual (CID F90 – Transtornos hipercinéticos)	Menino de 9 anos	Bom estado geral, discreto deficit intelectual. Mãe informou que o filho foi prematuro e teve atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e após 2 anos iniciou inquietação e agitação. Iniciou investigação aos 6 anos devido ao atraso escolar, diagnóstico de TDAH. Está na 4ª série, não sabe ler ou escrever, apenas copiar. Não tem noção do perigo. Acompanhamento em CAPS. Faz uso de medicamentos.	MLG	M	L
11	Intelectual (CID F71 – Retardo mental moderado)	Menina de 8 anos	Bom estado geral e nutricional, lúcida, parcialmente orientada, fala com certa rouquidão, curso lento, tem dificuldade para escrever o nome. Mãe relata que filha apresenta epilepsia e deficit cognitivo. Quadro de convulsões começou aos 2 anos. Está no 3º ano, porém não tem boa evolução, não alfabetizada. Faz acompanhamento com psiquiatra e uso de medicamentos, relatórios médicos apresentados.	MMM	M	L
12	Físico, intelectual e mental (CID F84 – Transtornos globais do desenvolvimento)	Menino de 2 anos	Regular estado geral, pequeno para a idade, não segura o pescoço, não senta sem apoio, não fica de pé, não segura objetos, não fixa o olhar, não fala e tem respiração ruidosa. Mãe relata paralisia cerebral. Não chorou ao nascer, permaneceu em UTI neonatal por 45 dias, não mamou. Relatórios médicos apresentados estão de acordo com o relato da mãe. Alterações confirmadas pelo exame físico.	CGG	G	G
13	Mental (CID F41 – Outros transtornos ansiosos)	Mulher de 38 anos	Bom estado geral e adequada higiene pessoal, consciente, orientada, tranquila e sem alterações de humor. Estudou até a 3ª série e trabalhava como faxineira até 2011. Relata ser portadora de “depressão, síndrome do pânico e ansiedade”. Queixa-se de “medos infundados, nervosismo, falta de ar, que não consegue ficar em aglomerações, vontade de chorar, impaciência, agonia na cabeça”.	LMM	M	N

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
			Acompanhamento médico desde 2017, de acordo com atestado médico, e uso de medicamentos. Exame físico não confirma relatos, patologia passível de controle clínico.			
14	Mental (CID F06.9 – Transtorno mental não especificado devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física)	Homem de 22 anos	Bom estado geral, adequada higiene pessoal, cicatriz no couro cabeludo, sem alterações psíquicas ou mentais. Estudou até a 8ª série e não tem vínculos registrados na CTPS. Reside em área rural em cômodo anexado à casa da mãe, que cuida do requerente. Acompanhamento pelo SUS. Trabalhava em atividade rural, mas não se sente mais apto após queda de cavalo com trauma craniano. Relata que as dores de cabeça impedem o trabalho. Afirmou não recordar a data do acidente, nem quantos anos tinha. Mas depois de muita conversa, afirmou que tinha 14 anos na época do acidente. Apresentou atestado médico, mas não apresentou relatório do neurologista, exame de imagem do crânio/encéfalo ou receitas médicas.	LMG	M	N
15	Mental (CID F19.2 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência)	Mulher de 36 anos	Bom estado geral, bons cuidados com a higiene pessoal, vestida adequadamente, sobrepeso/ obesidade, sem alteração de juízo crítico da realidade, não demonstra alucinações ou delírios. Apresenta atestado de psiquiatra e receitas de medicamentos, sem documentação complementar. Perito informa que requerente mudou o comportamento ao entrar no consultório e não cooperou na anamnese (fechou os olhos e parou de responder as perguntas, o que dificultou a avaliação de pensamento e outros aspectos). Mãe relatou que a requerente tem ensino médio incompleto e que já trabalhou como auxiliar de serviços gerais (limpeza de shopping). Há 5 anos, após a separação, se envolveu com usuário de drogas (falecido) e também começou a usar (afirma não usar mais). Ficou reclusa por 5 meses e atualmente está em prisão domiciliar. Hoje é viúva e tem 4 filhos (20, 13, 4 e 3 anos). Mora com os 3 mais novos em cômodo vizinho à casa da mãe (a mais velha está em união estável), situada em região periférica violenta. Sobrevivem do PBF e da ajuda	LGG	G	N

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
			financeira da mãe, que trabalha informalmente como costureira de consertos.			
16	Físico e mental (CID F41.1 –Ansiedade generalizada, CID M79.7 – Fibromialgia)	Mulher de 57 anos	Estado geral bom, marcha normal, discurso coerente e sem sinais de alteração da memória, orientada, calma, cooperativa, sem alteração do juízo crítico. Apresenta muitas queixas e humor discretamente deprimido. Relata que trabalhava como empregada doméstica, afirma não saber quando interrompeu a atividade e que apresenta quadro de "esquecimentos", dores de cabeça e medo de andar sozinha. Laudo médico refere acompanhamento por hipertensão, enxaqueca, ansiedade, gastrite, fibromialgia e queixas articulares. Exames laboratoriais com bioquímica, provas inflamatórias, hemograma sem alterações.	LGG	G	N
17	Mental (CID F31 – (Transtorno afetivo bipolar)	Homem de 56 anos	Bom estado geral, articulado e nenhum sinal de alteração. Trata depressão bipolar há 20 anos. Foi internado algumas vezes por confusão mental. Relata que às vezes fica otimista, mas no dia seguinte tem mudança de humor, refere desejo de se matar. Trata com psiquiatra do CAPS. Perdeu a família, pois esposa foi embora com as 3 crianças pequenas, pois dizia que passava fome. Mas relata que trabalhava com oficina e vendia alimentos na rua.	MMM	M	L
18	Mental (CID F20.0 – a Esquizofrenia paranóide)	Homem de 22 anos	Bom estado geral, nutricional e de higiene, consciente, orientado, marcha livre sem auxílios, cabisbaixo, introspectivo, pouco colaborativo e discretos tremores nas extremidades. Mãe informa que o requerente não terminou o ensino fundamental, mas sabe ler e escrever o seu nome. Apresenta distúrbio psiquiátrico desde criança e tentou se matar duas vezes aos 15 anos. Faz uso de medicamentos para controle. Reside em região urbana com a mãe e o padrasto, frequente cultos religiosos.	MGG	G	G

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
19	Visual (CID H54.4 – Cegueira em um olho)	Homem de 49 anos	Bom estado geral e nutricional, corado, lúcido e orientado, discurso claro e coerente. Ensino fundamental incompleto, trabalhava como soldador da construção civil, possui 2 filhos e vive em união estável, ninguém tem trabalho fixo (esposa é diarista e filhos vivem de biscates), reside na zona urbana. Relata bom relacionamento com família e amigos. Cegueira no olho esquerdo desde a infância e se queixa de baixa acuidade no olho direito (que impediu o exercício da atividade de soldador), mas exame indica acuidade OD com correção de 100%. Apto para outros trabalhos.	LLG	L	N
20	Visual (CID H54.4 – Cegueira em um olho)	Mulher de 46 anos	Bom estado geral, lúcida e orientada, manipula normalmente os documentos, demonstra capacidade de ler e escrever, humor preservado, marcha normal e livre movimentação corporal. Relata que não enxerga do olho esquerdo desde a infância, mas enxerga normalmente do olho direito com óculos (acuidade do OD com óculos é de 100%). Não apresenta outros problemas de saúde.	LLG	L	N
21	Físico e visual (CID H54.4 – Cegueira em um olho)	Homem de 53 anos	Bom estado geral com adequada higiene pessoal. Sem escolaridade, um vínculo registrado na CTPS na função de servente de pedreiro com duração de 1 ano em 1990. Relata que trabalhava informalmente até 2011 como servente de pedreiro. Sofreu um trauma perfurante no olho direito. Houve tratamento cirúrgico, mas trauma evoluiu para perda da visão desse olho. Acuidade visual OE: 63,8%. Sem exames complementares. Situação confirmada pelo exame físico.	MMM	M	L
22	Visual (CID H54.1 – Cegueira em um olho e visão subnormal em outro)	Menina de 2 anos	Bom estado geral com adequada higiene pessoal, não se localiza no ambiente, microftalmia direita e presença de membrana na órbita esquerda. Mãe relata diagnóstico de intenso deficit visual, criança enxerga apenas flashs luminosos. Nasceu sem intercorrências a termo. Não há outras doenças ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.	GGG	G	G

5. Considerações finais

O presente documento descreve a proposta de instrumento e demais elementos do modelo único de avaliação da deficiência desenvolvida pela Secretaria de Previdência, o Ministério da Cidadania e o INSS. A proposta incorpora contribuições da SNDPD apresentadas durante o período de debates. Após exposição no GTI, a proposta obteve o apoio do Ministério da Economia, Ministério da Saúde e da Advocacia Geral da União.

O instrumento proposto é uma adaptação do IFBr-M que consiste no acréscimo de formulários para as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais. O comprometimento das atividades e participação é qualificado pelo IFBr-M, enquanto as alterações em funções e estruturas do corpo e as barreiras ambientais são mensuradas por meio dos formulários atualmente empregados no reconhecimento de direito ao BPC. Assim, atribui-se um qualificador para componente da deficiência e o resultado é gerado pela tabela conclusiva apresenta neste documento. A tabela, desenvolvida por uma equipe de profissionais de diversas especialidades, foi aprimorada a partir de casos reais extraídos da pesquisa de campo no INSS e depois foi submetida a testes que indicam que o seu desempenho é bastante satisfatório.

Cabe destacar que qualquer proposta que desconsidere a influência direta das alterações em funções e estruturas do corpo no resultado da deficiência será incapaz de resolver os problemas identificados no IFBr-M durante quase um ano de estudos e debates. De fato, as alterações em funções e estruturas do corpo constituem um pré-requisito para que qualquer comprometimento da funcionalidade possa ser considerado um fenômeno do campo da deficiência, de acordo com o marco normativo brasileiro, que inclui a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e a LBI. Destaca-se ainda que, em outros países, o acesso aos principais benefícios e serviços não são conferidos a indivíduos com comprometimento da funcionalidade sem alterações em funções e estruturas do corpo.

As adaptações promovidas no IFBr-M tornam a sua implantação compatível com o processo de reconhecimento de direito aos benefícios e serviços das pessoas com deficiência, pois o instrumento passa a diferenciar adequadamente as pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como a determinar o grau da deficiência de forma apropriada. Ademais, as propostas para os demais elementos do modelo único acrescentam informação (formulários do médico assistente e dos professores, solicitação de parecer especializado de membro da equipe multiprofissional e possibilidade de videoconferência para casos específicos) e tornam o processo de avaliação mais seguro (peritos médicos federais do MTP e assistentes sociais do INSS à frente das avaliações da deficiência). Tais elementos foram concebidos a partir da experiência histórica do INSS no reconhecimento de direito a benefícios públicos.

Por fim, recomenda-se que a implantação do instrumento e do modelo único de avaliação da deficiência sejam acompanhadas pelo poder público. Tal acompanhamento poderá apresentar possíveis necessidades de aprimoramento na ferramenta proposta e no processo de avaliação como um todo.

Apêndice A – Formulário padrão do médico assistente

Relatório a ser preenchido pelo médico assistente:

Nome do paciente:	
Nome da mãe:	
Sexo:	**CPF:**
Data de Nascimento:	**Idade:**

Documento do avaliado:

Tipo:	**Número:**	**Complemento:**

Desde o seu atestado médico anterior:

O estado de saúde de seu paciente (diagnóstico, sinais clínicos) mudou?

( ) Sim

( ) Não

Houve alguma mudança nos impactos funcionais ou relacionais nas diferentes áreas da vida de seu paciente (mobilidade, comunicação, cognição, manutenção pessoal, vida diária e doméstica, vida social e familiar, escolaridade e emprego)?

( ) Sim

( ) Não

O manejo terapêutico de seu paciente (medicação, incluindo suas consequências; médico ou paramédico; equipamentos) foi alterado?

( ) Sim

( ) Não

Se o Sr(a). respondeu sim a pelo menos uma dessas três perguntas, preencha o relatório médico padrão. Caso contrário, você pode preencher o relatório médico simplificado abaixo:

Eu, abaixo assinado, Doutor (a)..... atesto que não há mudança na situação do Sr(a). .....desde meu relatório anterior.

Data:

Assinatura:

RELATÓRIO MÉDICO PADRÃO

Quais são as principais necessidades e expectativas expressas pelo seu paciente na solicitação requerida ao Governo Federal?

MOTIVO(S) DA SOLICITAÇÃO:

Para ser anexado a este documento

Se tiverem sido realizados exames, avaliações ou hospitalizações adicionais relacionadas com a deficiência, mencione-o neste formulário nas seções correspondentes e anexe os relatórios e documentos mais relevantes. Esses documentos devem ser anexados pelo médico e/ou paciente.

1. **Patologia que motiva o pedido**

Patologia que motiva o pedido:_____

Outras possíveis patologias:_____

Elementos essenciais a serem registrados (diagnóstico, fatores de gravidade, etc.):_____

2. **História da patologia que motivou a solicitação**

Origem, circunstâncias de surgimento:

( ) Congênita ( ) Doença ( ) Acidente pessoal ( ) Acidente de trabalho ( ) Doença profissional

Data de surgimento:

( ) ao nascer ( ) a menos de um ano ( ) de 1 a 5 anos ( ) a mais de 5 anos

História médica, cirúrgica e perinatal relacionada à deficiência:_____

Para uma criança, indicar a possível presença de atraso nas principais aquisições (desenvolvimento psicomotor, linguagem):_____

3. **Descrição Clínica atual**

Peso:_____ Altura:_____

Lateralidade dominante antes da deficiência: ( ) Direita ( ) Esquerda

Descrição de sinais clínicos e frequência	Permanentes	Regulares > 15 dias por mês	Pontuais < 15 dias por mês
	( )	( )	( )
	( )	( )	( )
	( )	( )	( )
	( )	( )	( )

Detalhamento:

_____

Perspectiva de evolução global:

( ) Estabilização ( ) Deficiência flutuante ( ) Agravamento ( ) Progressão significativa

( ) Indefinido

- Anexar Relatório adicional se necessário. Especificar:_____

4. Deficiências sensoriais

Em caso de **perda auditiva** com repercussões significativas, anexar o relatório padrão para uma avaliação auditiva concluída por um especialista otorrinolaringologista.

- Anexar Relatório. Observações:_____

Em caso de **deficiência visual** com repercussões significativas, anexar o relatório padrão para um exame oftalmológico realizado por um oftalmologista

- Anexar Relatório. Observações:_____

5. Tratamentos e suporte terapêutico

Limitações e efeitos colaterais que apresentam impacto na vida diária. Especifique em cada caso a frequência e duração:

Classes terapêuticas ou nome de medicamentos:_____

Efeitos colaterais do tratamento:_____

Outras restrições conhecidas (métodos de administração, necessidade de viajar, recurso a terceiros, repercussões na vida social, familiar e/ou profissional, etc.):_____

Dieta (regime alimentar):_____

Outras coberturas relativas a cuidados:

( ) Hospitalizações programadas

( ) Acompanhamento médico especializado

( ) Cuidados ou tratamentos noturnos

( ) Outros

Frequência: _____

Detalhamento:

_____

Cuidados de saúde regulares	Frequência
Terapia Ocupacional	
Enfermagem	
Fisioterapia	
Fonoaudiologia	
Ortoptista	
Psicólogo	
Outros	

Acompanhamento multidisciplinar	Modalidade de acompanhamento:
CMPP (Centro Médico-Psico-Pedagógico)	
CMP (Centro Médico Psicológico)	

CATTP (Centro de Acolhimento Terapêutico em Período Parcial)	
Hospital de dia	
Outro. Especificar:	

Projeto Terapêutico:

_____

Tipos de equipamento:

Correções auditivas:

( ) Unilateral ( ) Bilateral ( ) Aparelho ( ) Implante

Auxílio à deambulação:

( ) Andador ( ) Bengala ( ) Órtese, prótese (especificar)

( ) Cadeira de rodas motorizada ( ) Cadeira de rodas manual

( ) Outro especificar (Ex.: Scooter)_____

Aparelho de visão

( ) Telelupa ( ) Terminal Braille ( ) Software para visão subnormal

( ) Lupa ( ) Software sintetizador de voz

Alimentação/ Excreção

( ) gastro ou jejunostomia de alimentação ( ) Estoma digestivo de excreção

( ) sonda urinária ( ) estoma urinário

Suportes respiratórios

( ) Traqueostomia ( ) O2 ( ) Equipamento de ventilação (especificar)

Suporte à fala

( ) Prótese vocal

Outros equipamentos: _____

Especificações (tipo, adaptação, circunstâncias de utilização, autonomia da pessoa na utilização, manutenção)

_____

6. Impacto funcional e/ou relacional

Deslocamento: perímetro de caminhada _____

Modalidade de utilização de ajudas técnicas:

Modalidade de utilização de ajudas técnicas		Frequência de utilização
Bengala	( ) Dentro de casa ( ) Fora de casa	

Andador	( ) Dentro de casa ( ) Fora de casa	
Cadeira de rodas manual	( ) Dentro de casa ( ) Fora de casa	
Cadeira de rodas motorizada	( ) Dentro de casa ( ) Fora de casa	

Desaceleração motora: ( ) Sim ( ) Não Necessidade de Pausas ( ) Sim ( ) Não

Necessidade de acompanhamento para os deslocamentos exteriores ( ) Sim ( ) Não

As seções seguintes devem ser preenchidas de acordo com o que o Sr.(a) sabe ou percebe sobre a situação da pessoa e, para as crianças, por comparação com uma pessoa da mesma idade.

Use a seguinte escala de avaliação para ajudá-lo:

A – Realiza sem dificuldade e sem qualquer ajuda

B – Realiza com dificuldade, mas sem ajuda humana

C – Realiza com ajuda humana, direta ou estimulação

D – Não realizada

E – Não declarado

Mobilidade, Manipulação/Capacidade motora	A	B	C	D	E
Suporte postural, movimento, manipulação, preensão, controle ambiental					
Andar					
Deslocar-se dentro de casa					
Deslocar-se fora de casa					
Preensão na mão dominante					
Preensão na mão não dominante					
Motricidade fina					
Detalhamento:					

Comunicação	A	B	C	D	E
Comunicar-se com outras pessoas (expressar-se, fazer-se compreender)					
Utilização do telefone					
Utilização de outros aparelhos e técnicas de comunicação (alarme remoto, computador)					
Necessidade de assistência humana (intérprete, interface LPC ou codificador, etc.) com equipamento ( ) Sim ( ) Não					
Detalhamento:					

- Anexar Relatório. Avaliação da fonoaudiologia a ser anexada em caso de distúrbios da linguagem oral e escrita com repercussões significativas.

Cognição/Capacidade Cognitiva Atenção, memória, aprendizagem, práxis, raciocínio, orientação no tempo ou no espaço	A	B	C	D	E
Orientar-se no tempo					
Orientar-se no espaço					
Gerenciar a segurança própria					

Controlar o comportamento
Detalhamento. Indicar outras deficiências cognitivas:
Conduta emocional e comportamental (Ex: relacionamento com outras pessoas em conduta emocional e comportamental):
Impacto na vida relacional, social e familiar (gestão insuficiente de situações de risco, coloca-se em perigo, etc.): ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado A pessoa sabe: ( ) Ler ( ) Escrever ( ) Calcular ( ) Não declarado

Cuidados Pessoais Higiene, Vestuário, Continência, Alimentação	A	B	C	D	E
Realizar a higiene					
Comer e beber alimentos preparados					
Vestir e despir-se					
Cortar o alimento					
Assegurar a higiene da excreção fecal					
Assegurar a higiene da excreção urinária					
Detalhamento (Se tem incontinência, se necessita de supervisão ou estimulação):					

Vida cotidiana e vida doméstica Trabalho doméstico, compras, preparar uma refeição, administrar um orçamento, tomar decisões A ser preenchido por comparação com uma pessoa da mesma idade	A	B	C	D	E
Fazer tratamento médico					
Gerenciar seu acompanhamento de cuidados					
Fazer compras					
Preparar uma refeição					
Cuidar das tarefas domésticas					
Realizar procedimentos administrativos					
Gerenciar seu orçamento					
Outro (especificar): Detalhamento:					

Impacto na vida social e familiar

Situação familiar:

( ) Vida em família ( )Isolamento ( ) Ruptura ( ) Outro (especificar)

Presença de um cuidador familiar? ( ) Sim ( ) Não

Qual é a relação do cuidador com a pessoa com deficiência?_____

Que tipo de intervenção?_____

Detalhamento:_____

Impacto na escolaridade e no ensino superior:_____

Impacto no emprego:_____

- Anexar relatório do médico do trabalho, se disponível

Se estiver trabalhando atualmente, impacto na adequação para o trabalho e / ou retenção de trabalho: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado

Se sim, detalhar: _____

Se não estiver trabalhando atualmente, impacto na procura de emprego ou treinamento/qualificação: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado

Se sim, detalhar: _____

7. Comentários ou observações adicionais, se necessário:

_____

8. Detalhes de contato e assinatura

Dados do Médico Assistente:

Nome completo:

UF/CRM:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Documento lavrado a pedido do paciente e entregue em mão de:

Data e local do preenchimento:

Assinatura do médico assistente:

Assinatura do paciente (não obrigatório):

Apêndice B – Formulário pedagógico

Sr (a) Professor (a),

As respostas a este formulário servirão para subsidiar a avaliação biopsicossocial multiprofissional e interdisciplinar de que trata do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015).

A equipe designada agradece sua colaboração.

Escola: Nome do aluno: Data de nascimento: Curso: Professor (a) responsável pelas informações: e-mail para contato:

Parte I – Aprendizagem

Informar aspectos julgados relevantes para a faixa etária da criança ou adolescente considerando evolução da leitura, escrita, habilidades matemáticas, raciocínio lógico, coordenação motora, memória, atenção e engajamento nas atividades propostas.

Parte II – Comportamento

Informar aspectos relacionados à socialização da criança/adolescente com seus pares, relacionamento com os professores e demais autoridades escolares, cumprimento de regras, sinais de impulsividade e/ou hiperatividade e outros considerados relevantes pela avaliação pedagógica.

_____

Local e data

_____

Carimbo* e assinatura do professor responsável pelas informações

(*) ou carimbo da escola

Apêndice C – Solicitação de parecer técnico especializado do avaliador da equipe multiprofissional e interdisciplinar

Dados do avaliado:

Nome do avaliado:	
Nome da mãe:	
Sexo:	**CPF:**
Data de Nascimento:	**Idade:**

Documento do avaliado:

Tipo:	**Número:**	**Complemento:**

Especificar requerimento solicitado pelo avaliado:

Tipo de requerimento:	**Número do benefício (se houver):**

MOTIVO(S) DA SOLICITAÇÃO:

Dados do avaliador solicitante do parecer técnico especializado:

Nome do avaliador solicitante:
Número do Conselho de Classe:
Número de matrícula (no caso de servidor público):
Data e local da solicitação do parecer técnico especializado:

EMISSÃO DE PARECER TÉCNICO ESPECIALIZADO:

Dados do avaliador emissor do parecer técnico especializado:

Nome do avaliador emissor:
Número do Conselho de Classe:
Número de matrícula (no caso de servidor público):
Data e local da emissão do parecer técnico especializado:

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO EM REQUERENTES DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Jefferson Aparecido Dias[1]; Rogério Leone Buchaim[2]; Eduardo Federighi Baisi Chagas[3]; Cláudia Rucco Penteado Detregiachi[3]; Tereza Lais Menegucci Zutin[4]

1- Universidade de Marília – UNIMAR. Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais da Reabilitação – UNIMAR. Programa de Mestrado e Doutorado em Direito - UNIMAR.
2- Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (FOB/USP).
3- Universidade de Marília – UNIMAR. Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais da Reabilitação – UNIMAR. Centro Interdisciplinar em Diabetes (CENID – UNIMAR).
4- Universidade de Marília – UNIMAR.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Ministério da Cidadania, à Secretaria de Previdência, à Perícia Médica Federal, ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e à Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos (SNDPD/MMFDH) pela contribuição nas etapas de planejamento do trabalho e coleta de dados.

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO EM REQUERENTES DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Jefferson Aparecido Dias[1]; Rogério Leone Buchaim[2]; Eduardo Federighi Baisi Chagas[3]; Cláudia Rucco Penteado Detregiachi[3]; Tereza Lais Menegucci Zutin[4]

RESUMO

Para dar cumprimento à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), conhecida como LBI, em especial ao seu art. 2º, § 2º, que determina a criação de instrumentos para avaliação da pessoa com deficiência, o Poder Executivo Federal editou o Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020, que instituiu o Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. O referido decreto determina que seja utilizado como base para elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M). Entretanto, o impacto da adoção do IFBr-M nas políticas públicas para pessoas com deficiência não está dimensionado. Deste modo, o objetivo do estudo é comparar o resultado de dois métodos de caracterização da deficiência em requerentes do BPC à Pessoa com Deficiência: o IFBr-M, como instrumento a ser testado, e o instrumento atualmente adotado no BPC para fins de reconhecimento de direito, como padrão de referência. Seu desenvolvimento foi efetuado por meio da aplicação consecutiva do instrumento do BPC e do IFBr-M em requerentes do benefício, por meio de avaliação biopsicossocial por perito médico federal da Subsecretaria da Perícia Médica Federal (SPMF), e por assistente social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ambos devidamente capacitados à aplicação de ambos os instrumentos. Para o estudo foi considerada uma amostra de 1023 casos. Para analisar as associações entre as variáveis qualitativas foi realizado o teste de associação do Qui-quadrado. A concordância entre os métodos foi realizada pelo cálculo do índice Kappa, ponderado para as condições dicotômicas, e pelo índice Kappa de Fleiss para condições de variável qualitativa ordinal relacionadas aos graus de deficiência do IFBr-M. Os resultados indicam que a taxa de caracterização da deficiência do IFBr-M para os requerentes do BPC é muito superior à do instrumento atualmente adotado no reconhecimento de direito àquele benefício: 94,9% contra 49,7% na amostra, ou seja, uma diferença de 45,3 pontos percentuais a mais ou 91,1% em termos proporcionais. De modo geral a concordância entre os dois instrumentos é muito baixa, o que indica a falta de equivalência do IFBr-M em relação ao modelo atual baseado na CIF.

Palavras-chave: Assistência social. Avaliação da deficiência. Vulnerabilidade social.

[1] Universidade de Marília – UNIMAR. Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais da Reabilitação – UNIMAR. Programa de Mestrado e Doutorado em Direito - UNIMAR
[2] Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (FOB/USP).
[3] Universidade de Marília – UNIMAR. Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais da Reabilitação – UNIMAR. Centro Interdisciplinar em Diabetes (CENID – UNIMAR).
[4] Universidade de Marília (UNIMAR)

1. INTRODUÇÃO

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), assinada em Nova Iorque em 30 de março de 2007, consiste em um tratado internacional sobre direitos humanos, com o propósito principal de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para pessoas com deficiência (BRASIL, 2009). Até novembro de 2016, 172 Países-membros da ONU haviam ratificado essa Convenção e 15 configuravam como signatários, o que realça a importância dessa norma de direitos humanos no plano internacional (UNITED NATIONS, 2020).

No campo dos estudos sobre a deficiência, dentre as diversas contribuições da Convenção da ONU, destaca-se a adoção de uma definição geral de pessoa com deficiência a partir do modelo biopsicossocial, que oferece uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social.

O Artigo 1 da Convenção da ONU dispõe que:

> *Artigo 1*
>
> *Propósito*
>
> *(...)*
>
> *Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.* (BRASIL, 2009)

Cabe lembrar que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001) já antecipava a necessidade de se considerar as barreiras e as restrições de participação social das pessoas com deficiência. A Organização Mundial de Saúde (OMS), agência especializada em saúde e vinculada à ONU, possui duas classificações de referência para a descrição de condições de saúde: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, e a CIF (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009)[5].

No Brasil, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o seu Protocolo Facultativo foram incorporados formalmente ao ordenamento jurídico com equivalência de Emenda Constitucional, uma vez que essa norma internacional de direitos

[5] Anteriormente à CIF, a OMS utilizava do documento "International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps" – ICIDH, pressupondo um modelo médico.

humanos foi aprovada pelo Congresso Nacional, conforme o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição, incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004 (BRASIL, 2004). Considerando que o Governo brasileiro depositou o instrumento de ratificação da Convenção e do seu Protocolo Facultativo junto ao Secretário-Geral das Nações Unidas em 1º de agosto de 2008 (BRASIL, 2008), e que o Congresso Nacional aprovou tais atos por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, o Presidente da República promulgou a Convenção da ONU nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009). Logo, a Convenção da ONU se reveste de força, hierarquia e eficácia constitucionais, servindo de parâmetro para o controle de constitucionalidade das leis e dos atos normativos[6].

Com a promulgação da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, as suas disposições devem ser observadas na construção das políticas sociais brasileiras, a fim de identificar os destinatários da proteção social e os direitos a serem garantidos de acordo com a legislação. Por conseguinte, a conceituação de pessoa com deficiência, assim como as demais disposições dessa norma internacional, são parte integrante formal e material da Constituição (BRASIL, 1988).

Para efetiva incorporação do conceito de deficiência trazido pela referida Convenção aos procedimentos de acesso a políticas públicas que exigem a comprovação da deficiência como critério de acesso, tornou-se necessário construir instrumentos que garantissem que todos os elementos dessa definição fossem completamente captados.

A primeira política pública a adotar um instrumento adequado à convenção, garantindo uma avaliação biopsicossocial e baseada na CIF, foi o Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pelo art. 203, inciso V, da Constituição (BRASIL, 1988) e regulamentado pelo art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993), cuja aplicação ocorre desde 2009. O instrumento de avaliação da deficiência do BPC está atualmente em sua 3ª versão, atualizada em 2015, fruto do processo de evolução contínua desde a primeira versão desenvolvida.

A segunda política pública a utilizar um instrumento baseado na Convenção foi a aposentadoria com tempo reduzido de contribuição para a Pessoa com Deficiência, prevista no art. 201, §1º, da Constituição, e regulamentada pela Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013 (BRASIL, 2013), utilizando como ponto de partida, o Índice de

[6] Com efeito, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo representam a única norma internacional incorporada pelo rito especial instituído pela EC nº 45/2004.

Funcionalidade Brasileiro – IFBr, instrumento elaborado pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS), o qual sofreu adaptação para a política pública específica, passando a denominar-se IFBr-A, estando em aplicação desde fevereiro de 2014.

Em 6 de julho de 2015, foi publicada a Lei nº 13.146 (BRASIL, 2015), a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), conhecida como LBI, a qual em seu artigo 2º, dispõe que a avaliação da deficiência será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, e considerará os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, o fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação:

> *Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.*
>
> *§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:*
>
> *I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;*
>
> *II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;*
>
> *III - a limitação no desempenho de atividades; e*
>
> *IV - a restrição de participação.*
>
> *§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.*

Posteriormente, para dar cumprimento ao disposto no art. 2º da Lei nº 13.146, em especial ao seu § 2º, o Poder Executivo Federal editou o Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020 (BRASIL, 2020), que institui o Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

Dispõe o parágrafo único do art. 2º do mencionado decreto que "O Grupo de Trabalho Interinstitucional utilizará o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado como instrumento-base para a elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência." (BRASIL, 2020).

O referido instrumento, IFBr-M, é uma nova modificação do IFBr, validado cientificamente pela Universidade de Brasília (UnB) (UNBCIÊNCIA, 2019). Entretanto, o impacto da adoção do referido instrumento nas políticas públicas para pessoas com deficiência não está dimensionado e, para sua melhor compreensão, torna-se necessária

sua aplicação prática em requerentes reais de benefícios, para comparar o resultado da avaliação a partir do instrumento atualmente utilizado com o instrumento que será utilizado como base no modelo único. Para essa comparação, foi escolhida a política pública do Benefício de Prestação Continuada (BPC), a qual possui instrumento maduro, grande número de beneficiários e significativo impacto orçamentário, sendo esse estudo comparativo o objetivo do presente trabalho.

2. HIPÓTESE

A alteração do instrumento de avaliação da pessoa com deficiência pode representar mudanças nos beneficiários das políticas voltadas a este público: de um lado, espera-se um aumento na taxa de caracterização como pessoa com deficiência com a adoção do IFBr-M, caso as réguas da UnB sejam adotadas; e, de outro, uma mudança no perfil dos beneficiários.

O BPC é a política destinada à pessoa com deficiência de maior relevância no orçamento federal. O gasto anualizado com essa política é de aproximadamente R$35 bilhões. O número de beneficiários é atualmente de 2,6 milhões, sendo que a taxa de caracterização como pessoa com deficiência verificada desde 2015 é de 47% entre os indivíduos que passaram pela avaliação administrativa de renda e foram submetidos às avaliações do assistente social e do perito médico federal, bastante inferior ao percentual de caracterização como pessoa com deficiência do IFBr-A – instrumento utilizado na análise dos benefícios previstos na Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013 – que é de aproximadamente 78%.

Os requerentes do BPC são tipicamente indivíduos socioeconomicamente vulneráveis, uma vez que um dos pré-requisitos para acessar o BPC é não possuir os meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Entre esses indivíduos, diversos fatores concorrem para prejudicar a participação efetiva na sociedade, os quais muitas vezes não estão relacionados à caracterização ou não como pessoa com deficiência.

Nesse sentido, a introdução do IFBr-M, que tem como foco a avaliação das restrições de atividades e participação dos indivíduos, pode significar uma ampliação do público atendido pela política e uma mudança no perfil dos beneficiários, trazendo ao benefício pessoas com restrição de participação não relacionada ao impedimento nas funções e estruturas do corpo, fator também requerido pela LBI, como visto anteriormente.

Os resultados da pesquisa poderão ensejar as adequações necessárias para que o instrumento proposto pelo GTI seja aderente à realidade das políticas existentes e não represente custo orçamentário inadequado que acabe por afetar negativamente as políticas, dado o cenário de restrições fiscais, mas que mantenha como premissa o atendimento à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e à LBI.

O que se pretende testar é a hipótese de que a taxa de caracterização como pessoa com deficiência sob o IFBr-M seria igual à taxa de caracterização como pessoa com deficiência do instrumento do BPC. As réguas elaboradas pela UnB não especificam se o benefício deve ou não ser concedido, mas sim a existência e o grau da deficiência (grave, moderada ou leve), de acordo com o tipo de impedimento e a faixa etária. Sendo assim, é prudente testar a hipótese de concessão do BPC sob três cenários: (i) quando a deficiência, segundo o IFBr-M, é grave, (ii) quando é pelo menos moderada, e (iii) para todas as gradações de deficiência do instrumento. Adicionalmente, será analisado o grau de concordância entre o instrumento do BPC e o IFBr-M quanto à caracterização ou não como pessoa com deficiência.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Comparar o resultado de dois métodos de caracterização da deficiência em requerentes do BPC à Pessoa com Deficiência: o IFBr-M, como instrumento a ser testado, e o instrumento atualmente adotado no BPC para fins de reconhecimento de direito (Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015), como padrão de referência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar diferenças nas taxas de caracterização como pessoa com deficiência e a concordância entre os dois métodos citados anteriormente, considerando:

i. Diferentes faixas etárias;
ii. As diferentes graduações da deficiência pelo IFBr-M (leve, moderada e grave).

4. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de análise das taxas de caracterização como pessoa com deficiência e de concordância entre dois métodos por meio da aplicação em requerentes do BPC à Pessoa com Deficiência. O primeiro método é o instrumento do BPC, baseado

na CIF, segundo os moldes da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015 (BRASIL, 2015a), e o segundo é o IFBr-M, conforme validação científica pela UnB (UNBCIÊNCIA, 2019). As avaliações foram realizadas por perito médico federal da Subsecretaria da Perícia Médica Federal (SPMF), vinculada à Secretaria de Previdência do Ministério da Economia, e por assistente social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que já realizam as avaliações do instrumento atualmente utilizado.

Assim, foram estabelecidos como critérios de inclusão ser requerente de BPC, independentemente da idade, e estar passando por avaliação do perito médico federal e do assistente social. Destes, foram excluídos aqueles que não aceitaram o convite de participar da pesquisa, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Os requerentes do BPC que atenderam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa no momento da avaliação social, que ocorre primeiro, através de um atendimento especial denominado "socialização". Neste convite, receberam informações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Os assistentes sociais do INSS possuem formação apropriada para realizar esse tipo de abordagem de forma satisfatória e, ademais, puderam contar com material de vídeo com atributos de acessibilidade desenvolvido pela equipe da pesquisa. Após a socialização, o assistente social do INSS anexava o TCLE no processo daqueles que aceitaram participar da pesquisa e, dessa forma, atestava o consentimento do requerente. Aos participantes com menos de dezoito anos de idade foi também anexado o TALE, de modo a caracterizar o seu assentimento em participar da pesquisa, após seus pais, responsáveis ou cuidadores terem concordado com sua participação.

No caso de menores não capacitados a compreender os TALEs, foi obtida a concordância de seus cuidadores ou responsáveis domiciliares ou institucionais, na qualidade de testemunhas do assentimento concedido pelos menores. Foi assegurado aos participantes do estudo o acesso às informações sobre os procedimentos, bem como benefícios e riscos relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. O participante poderia deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo relacionado ao requerimento do benefício.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade de Marília (CEP/UNIMAR), para apreciação, análise e parecer ético, seguindo todos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), recebendo parecer favorável em 17/12/2020 (Parecer

n° 4.472.767). Aos participantes foram resguardados a liberdade ao aceite do convite, os direitos e o anonimato, de acordo com os princípios éticos.

4.1 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de aplicação de dois instrumentos de avaliação da deficiência, o instrumento da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015 (instrumento do BPC) e o IFBr-M, em requerentes do BPC à Pessoa com Deficiência, no período de 21 de dezembro de 2020 a 14 de maio de 2021. Os aplicadores foram os peritos médicos federais da SPMF e os assistentes sociais do INSS.

Os dois instrumentos de avaliação da deficiência foram aplicados consecutivamente nos requerentes do BPC que aceitaram participar da pesquisa. A avaliação pelo instrumento do BPC já seria realizada de toda forma e pelos mesmos profissionais para fins de reconhecimento de direito ao benefício. Assim, foi necessária apenas a dilação da duração das avaliações para que os profissionais pudessem também aplicar o IFBr-M. Todos os profissionais participantes foram treinados adequadamente pela SPMF ou pela Divisão do Serviço Social do INSS.

Durante os atendimentos, os requerentes que aceitaram participar da pesquisa foram cientificados de que seriam avaliados pelos dois instrumentos, que a avaliação pelo IFBr-M tinha finalidade apenas de pesquisa e não seria considerada entre os critérios necessários para acesso ao BPC.

4.1.1 Etapas preliminares

O planejamento da coleta dos dados, iniciado em outubro de 2020, ficou a cargo da Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e INSS, que passaram a contar com contribuições da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD), a partir de dezembro daquele ano. O primeiro planejamento foi apresentado ao GTI sobre o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência, em reunião do dia 13 de novembro de 2020. Tendo em vista a complexidade do processo e as inúmeras dificuldades enfrentadas, esse planejamento foi revisto e discutido no GTI em duas oportunidades: a primeira em 17 de dezembro de 2020 e, a segunda, já em janeiro de 2021.

Nessa etapa, buscou-se programar os atendimentos da pesquisa de forma a não gerar grandes desdobramentos na agenda regular dos profissionais. Antes do início do

trabalho de campo, foi necessário providenciar adaptações de sistemas, definir as unidades de atendimento e treinar os profissionais.

No tocante aos sistemas, qualquer solução muito arrojada, dependente de desenvolvimento, inviabilizaria a coleta dos dados em prazo razoável. Sendo assim, o INSS e a Perícia Médica Federal criaram campos adicionais nos sistemas já implantados. Essa solução, apesar de apresentar limitações tecnológicas, tornou a execução da pesquisa viável.

Em relação às unidades de atendimento e treinamento, houve influência das equipes locais do INSS e da SPMF. As unidades participantes foram aquelas situadas em localidades onde havia assistente social e perito médico federal disponíveis para a pesquisa, sendo que os dois não precisariam estar na mesma agência, mas em unidades próximas, considerando o deslocamento normal dos requerentes. Mais especificamente, as localidades foram indicadas pelos representantes regionais do serviço social do INSS e pelos coordenadores regionais da perícia médica federal, que consultaram os profissionais disponíveis para atendimento presencial sobre o interesse em contribuir para a pesquisa.

Os assistentes sociais e peritos médicos federais participantes já possuíam treinamento e experiência na aplicação do instrumento da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de março de 2015. As duas categorias profissionais são responsáveis pelas avaliações biopsicossociais para reconhecimento de direito à aposentadoria especial da pessoa com deficiência usando o IFBr-A, que apresenta muitas similaridades com o IFBr-M. A capacitação para aplicação do IFBr-M foi realizada nos dias 17 e 18 de dezembro, beneficiando-se da infraestrutura virtual do Centro de Formação e Aperfeiçoamento do INSS. Um treinamento célere foi possível devido ao *background* dos profissionais participantes.

A capacitação dos assistentes sociais foi conduzida pela Divisão do Serviço Social da Diretoria de Benefícios do INSS, enquanto a dos peritos médicos federais foi realizada pela Coordenação-Geral da Perícia Médica de Natureza Assistencial, Administrativa, Trabalhista e Tributária da SPMF. A Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência contribuiu para os dois treinamentos. Outros dois grupos de assistentes sociais foram treinados durante o período da coleta de dados para poderem contribuir com a pesquisa. A perícia médica federal, por seu turno, moldou sua capacitação para que os chefes de divisão regional da perícia médica federal pudessem atuar como multiplicadores.

4.1.2 Fluxo de atendimento na coleta de dados

O primeiro atendimento era sempre realizado pelo assistente social do INSS, que selecionava um requerente por dia para participar da pesquisa. Esse profissional possui a formação e experiência necessárias para transmitir as informações sobre a pesquisa, para que o requerente e seu acompanhante, quando fosse o caso, pudessem decidir sobre a participação ou não. Para auxiliar nesse atendimento denominado "socialização", foram produzidos vídeos explicativos com atributos de acessibilidade e em linguagem adequada. A socialização foi uma parte essencial do trabalho, tendo em vista que os requerentes do BPC são indivíduos que, além da possível deficiência, apresentam quadro de vulnerabilidade social.

Após a socialização, se o requerente não concordasse em participar da pesquisa, ele era avaliado normalmente pelo instrumento do BPC para fins de reconhecimento de direito ao benefício. O atendimento da perícia médica federal também ocorria normalmente, na data agendada após a avaliação social ou no agendamento preexistente. Por outro lado, se o requerente concordasse em participar da pesquisa, isso era formalizado com a inserção do TCLE ou TALE no sistema pelo assistente social, que atestava a concordância do requerente. O assistente social anexava esse(s) documento(s) e criava um serviço específico no sistema da perícia médica federal, denominado "avaliação médico-pericial de BPC combinado com pesquisa IFBr-M", afim de cientificar o perito de que aquele requerente era participante da pesquisa. Assim, quando o requerente comparecia à Agência da Previdência Social para o atendimento da perícia médica federal, o profissional já sabia que aquele indivíduo era participante da pesquisa, cabendo ainda conferir a indicação do consentimento pelo assistente social através de consulta pelo CPF do requerente. Então, o perito médico federal realizava a avaliação pelo instrumento do BPC e, em seguida, pelo IFBr-M.

4.2 METODOLOGIA DA ANÁLISE DE DADOS

Para as análises, o instrumento do BPC foi considerado como método de referência e seus dados foram expressos de forma dicotômica: o termo "Sim" indica o deferimento do benefício; o termo "Não" indica o indeferimento do benefício, em função da caracterização como pessoa com deficiência.

Para análise do IFBr-M foram consideradas duas situações:

a. Variável qualitativa ordinal em função do grau de deficiência pela pontuação do IFBr-M nas seguintes categorias: nenhum, leve, moderada e grave; e
b. Variável qualitativa dicotômica em função do IFBr-M nas seguintes condições: para o grau de deficiência "nenhum" foi atribuída o termo "Não", que indica o indeferimento do benefício; para os graus de deficiência "leve, moderado ou grave" foi atribuído o termo "Sim".

Os dados ainda foram analisados por sexo (masculino ou feminino) independentemente da faixa etária. E a análise por faixa etária foi realizada independentemente do sexo, considerando os seguintes intervalos de classe: 0 a 4 anos; 5 a 10 anos; 11 a 17 anos; 18 a 59 anos; e > 59 anos.

As variáveis qualitativas foram descritas pela medida de distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%). Para analisar as associações entre as variáveis qualitativas foi realizado o teste de associação do Qui-quadrado. A concordância entre os métodos diagnósticos foi realizada pelo cálculo do índice Kappa ponderado para as condições dicotômicas e pelo índice Kappa de Fleiss para condições de variável qualitativa ordinal relacionadas aos graus de deficiência do IFBr-M. O nível de significância adotado foi de 1% ($p \leq 0,01$) e os dados analisados no software SPSS (versão 24.0).

5. RESULTADOS

A execução de uma pesquisa desse porte não foi, evidentemente, livre de problemas operacionais. Contudo, durante todo o período de coleta de dados, houve um canal de comunicação rápido entre os profissionais avaliadores e os coordenadores operacionais da pesquisa (servidores da Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e INSS), com o objetivo de identificar problemas e propor soluções. Além disso, houve reuniões periódicas de ponto de controle, envolvendo os profissionais aplicadores, os representantes regionais do serviço social, os coordenadores regionais da perícia médica federal e a gestão central dos órgãos participantes, em que eram apresentados os resultados do trabalho naquela semana e os encaminhamentos propostos para os problemas identificados.

No total, 84 assistentes sociais e 76 peritos médicos federais, distribuídos em cerca de 60 Agências da Previdência Social de todas as macrorregiões brasileiras, participaram da pesquisa e avaliaram, respectivamente, 1300 e 1200 requerentes usando os dois instrumentos.

Os primeiros atendimentos foram realizados em dezembro de 2020. Nas últimas duas semanas daquele mês, a coleta de dados foi iniciada em poucas unidades para testar o funcionamento do fluxo proposto e corrigir possíveis problemas graves antes de conferir uma escala maior ao trabalho. Na primeira semana de janeiro de 2021, o trabalho foi estendido para todas as unidades que tinham disponibilidade de pessoal. O número de atendimentos cresceu nos meses seguintes (Figura 1), apesar das diversas dificuldades impostas pela pandemia. Os últimos atendimentos do serviço social ocorreram em abril e a perícia médica federal atendeu o estoque remanescente até o fim da segunda semana de maio 2021.

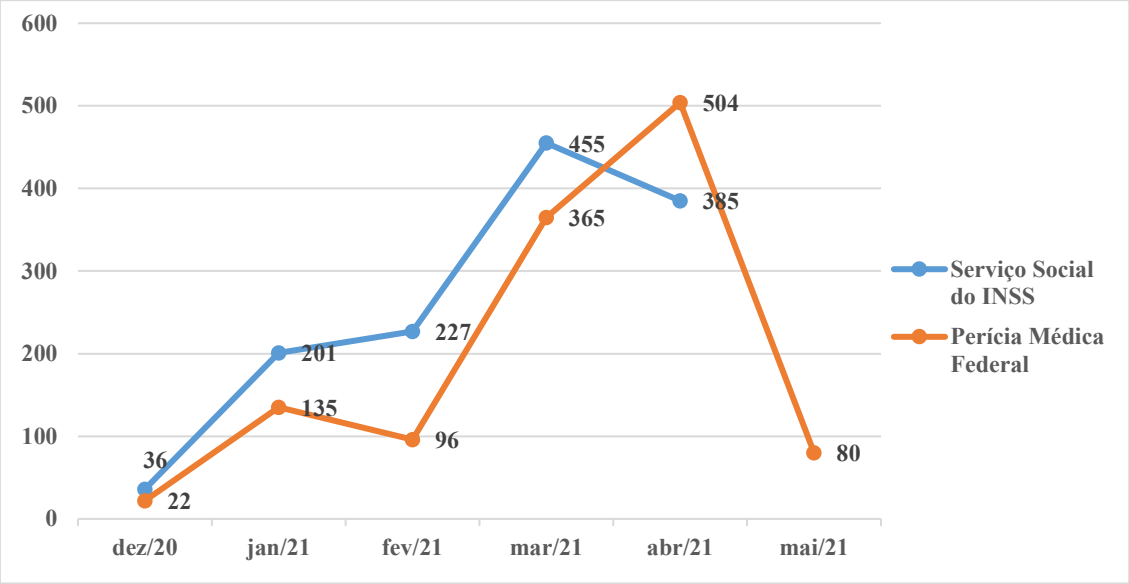


Figura 1 - Número de atendimentos do serviço social do INSS e da Perícia Médica Federal para a pesquisa no período de dezembro de 2020 a maio de 2021. Fonte: dados da pesquisa.

Após a coleta dos dados, as informações foram extraídas pelo INSS e pela Dataprev (a partir dos sistemas acessados pelos assistentes sociais e peritos médicos federais, respectivamente) e, em seguida, analisadas pela Secretaria de Previdência. Os formulários que apresentavam desconformidades (como por exemplo, formulário errado para a idade, item de classificação obrigatório para a idade sem pontuação etc.) foram descartados após análise minuciosa. Nos casos em que havia mais de um formulário preenchido por requerente, o mais recente foi considerado. Houve perda significativa de formulários do serviço social no pareamento, principalmente porque alguns requerentes atendidos por assistente social não passaram pela avaliação do IFBr-M na perícia médica

federal por motivos diversos (falta e opção do requerente, por exemplo). Por outro lado, nem todos os formulários da perícia médica federal foram pareados porque alguns dos atendimentos do serviço social foram descartados (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de formulários da pesquisa em relação a atendimentos e aproveitamento após testes de consistência e pareamento.

	Serviço Social do INSS	**Perícia Médica Federal**
Número de formulários.	1.311	1.216
Formulários excluídos devido a inconformidades.	48	72
Formulários repetidos ou com situação "cancelado".	14	23
Número disponível para pareamento.	1.232	1.121
Formulários pareados (mesmo requerente identificado nas duas extrações).	1.031	
Formulários perdidos porque não estavam com resultado registrado na base de avaliações do BPC.	8	
Total de formulários aproveitados.	1.023	

Fonte: dados da pesquisa.

Após o pareamento, foi realizado o cálculo da pontuação final do IFBr-M e a classificação entre pessoas sem deficiência, pessoas com deficiência leve, moderada ou grave. Por fim, os dados foram pareados com a base do BPC, a fim de obter o resultado da avaliação para fins de reconhecimento de direito. Nessa etapa, alguns poucos formulários foram perdidos, porque o resultado da avaliação do BPC ainda não havia sido registrado naquela base quando da realização da extração.

O sexo masculino apresentou maior proporção nas faixas etárias menores de 18 anos (0-4 anos, 5-10 anos e 11-17 anos). O sexo feminino apresentou maior proporção na faixa etária adulto (18-59 anos) e idoso (>59 anos). A maior proporção da amostra foi na faixa etária de 18-59 anos e a menor na faixa etária de 11-17 anos. Não foi observada diferença significativa na distribuição de proporção entre os sexos (Tabela 2).

No tocante às diferenças nas proporções entre as faixas etárias, os dados amostrais são razoavelmente parecidos com o da população de requerentes do BPC: 10% em cada uma das duas primeiras faixas (0-4 e 5-10 anos), 8% na terceira (11-17 anos), 61% na quarta (18-59 anos) e 11% na última (>59 anos). A proporção um pouco maior de crianças na amostra em relação à população objetiva conferir propriedades estatísticas aceitáveis para os testes de hipótese aplicados especificamente nesse grupo, tendo em vista a maior dificuldade de constatar a deficiência na infância, especialmente na ausência de uma avaliação detalhada do impedimento corporal.

Tabela 2 - Análise da associação e distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação ao sexo e à faixa etária.

			Sexo		Total	Proporção (FE)	Proporção (Sexo)
			Masculino	Feminino		p-valor	p-valor
Faixa etária (FE)	0-4 anos	N	64	46	110	<0,001ǂ	0,884†
		%	12,4%	9,1%	10,8%		
	5-10 anos	N	107	36	143		
		%	20,7%	7,1%	14,0%		
	11-17 anos	N	49	30	79		
		%	9,5%	5,9%	7,7%		
	18-59 anos	N	242	320	562		
		%	46,7%	63,4%	54,9%		
	>59 anos	N	56	73	129		
		%	10,8%	14,5%	12,6%		
Total		N	518	505	1023	Associação (sexo & FE)	
		%	50,6%	49,4%	100,0%	p-valor	<0,001*

Nota: ǂ indica diferença significativa na distribuição de proporção entre as faixas etária pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05; † p-valor calculado pelo teste do Qui-quadrado para analisar as diferenças na distribuição do sexo (não foi observada diferença significativa); * indica associação significativa entre sexo e faixa etária pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Em relação à distribuição da proporção do impedimento auditivo e visual, não foi observada diferença significativa entre os sexos. O sexo feminino apresentou maior proporção do impedimento físico. O sexo masculino apresentou maior proporção de impedimento intelectual e mental. Em relação ao grau de deficiência pelo IFBr-M e sexo, não foi observada diferença significativa entre os sexos (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise da associação e distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação ao tipo de impedimento e grau de deficiência (IFBr-M) entre os sexos.

Impedimento			Sexo		Total	Associação (Sexo & impedimento)
			Masculino	Feminino		p-valor
Auditivo		N	18	25	43	0,240
		%	3,5%	5,0%	4,2%	
Físico		N	288	345	633	<0,001*
		%	55,6%	68,3%	61,9%	
Intelectual		N	207	125	332	<0,001*
		%	40,0%	24,8%	32,5%	
Mental		N	194	150	344	0,009*
		%	37,5%	29,7%	33,6%	
Visual		N	38	45	83	0,357
		%	7,3%	8,9%	8,1%	
IFBr-M	Nenhum	N	28	24	52	0,364
		%	5,4%	4,8%	5,1%	
	Leve	N	169	163	332	
		%	32,6%	32,3%	32,5%	
	Moderado	N	172	206	378	
		%	33,2%	40,8%	37,0%	
	Grave	N	149	112	261	
		%	28,8%	22,2%	25,5%	

Nota: * indica associação significativa com o sexo pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Foi observada associação significativa com a faixa etária para os tipos de impedimento, como também para os graus de deficiência do IFBr-M. Os impedimentos auditivo, físico e visual apresentaram maior proporção nos idosos (> 59 anos). Os impedimentos intelectual e mental apresentaram maior proporção na população menor de 18 anos, com percentuais mais elevados na faixa etária de 5-10 anos. Em relação ao IFBr-M, o grau leve de deficiência ocorreu em maior proporção nos adultos (18-59 anos). O grau de deficiência moderado para o IFBr-M ocorreu em maior proporção nos idosos (>59 anos). O grau de deficiência grave para o IFBr-M apresentou maior proporção na população < 18 anos, principalmente na faixa etária de 5-10 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise da associação para distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação ao tipo de impedimento e grau de deficiência (IFBr-M) entre as faixas etárias.

Impedimento			Faixa etária					Total	Associação (Sexo & impedimento)
			0-4 anos	5-10 anos	11-17 anos	18-59 anos	>59 anos		p-valor
Auditivo		N	2	4	0	26	11	43	0,007*
		%	1,8%	2,8%	0,0%	4,6%	8,5%	4,2%	
Físico		N	73	39	21	386	114	633	<0,001*
		%	66,4%	27,3%	26,6%	68,7%	88,4%	61,9%	
Intelectual		N	69	109	56	89	9	332	<0,001*
		%	62,7%	76,2%	70,9%	15,8%	7,0%	32,5%	
Mental		N	40	74	35	173	22	344	<0,001*
		%	36,4%	51,7%	44,3%	30,8%	17,1%	33,6%	
Visual		N	5	2	5	51	20	83	<0,001*
		%	4,5%	1,4%	6,3%	9,1%	15,5%	8,1%	
IFBr-M	Nenhum	N	12	11	9	11	9	52	<0,001*
		%	10,9%	7,7%	11,4%	2,0%	7,0%	5,1%	
	Leve	N	8	38	15	247	24	332	
		%	7,3%	26,6%	19,0%	44,0%	18,6%	32,5%	
	Moderado	N	45	33	31	198	71	378	
		%	40,9%	23,1%	39,2%	35,2%	55,0%	37,0%	
	Grave	N	45	61	24	106	25	261	
		%	40,9%	42,7%	30,4%	18,9%	19,4%	25,5%	

Nota: * indica associação significativa com a faixa etária pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Nas estatísticas dos qualificadores para os componentes da deficiência graduados pelo instrumento do BPC, foi observada associação significativa com o sexo para todos os itens, com exceção de "fatores ambientais". A maioria possui qualificador grave, independentemente do sexo, devido à condição de vulnerabilidade social. Em relação às "funções do corpo", o sexo feminino apresentou maior proporção de graus nenhum e leve, e o sexo masculino de graus moderado, grave e completo. Em relação às "atividades e participação", ambos os sexos apresentaram maior proporção de grau moderado. Embora tenha sido observada uma diferença discreta, o sexo masculino apresentou maior proporção de impedimento de longo prazo, porém ambos os sexos apresentaram proporções elevadas[7]. Em relação à proporção de deferimento do benefício (BPC), foi observada maior proporção no sexo masculino (Tabela 5).

[7] Inclui as situações em que não é possível prever se as alterações em funções e/ou estruturas do corpo serão resolvidas em menos de dois anos.

Tabela 5 - Análise da associação para a distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação aos qualificadores, impedimento de longo prazo e resultado favorável para BPC entre os sexos.

			Sexo		Total	Associação com sexo
			Masculino	Feminino		p-valor
Qualificador de funções do corpo	Nenhum	N	4	16	20	<0,001*
		%	0,8%	3,2%	2,0%	
	Leve	N	166	211	377	
		%	32,0%	41,8%	36,9%	
	Moderado	N	166	134	300	
		%	32,0%	26,5%	29,3%	
	Grave	N	110	94	204	
		%	21,2%	18,6%	19,9%	
	Completa	N	72	50	122	
		%	13,9%	9,9%	11,9%	
Qualificador de atividades e participação	Nenhum	N	3	4	7	<0,001*
		%	0,6%	0,8%	0,7%	
	Leve	N	100	140	240	
		%	19,3%	27,7%	23,5%	
	Moderado	N	258	252	510	
		%	49,8%	49,9%	49,9%	
	Grave	N	151	103	254	
		%	29,2%	20,4%	24,8%	
	Completa	N	6	6	12	
		%	1,2%	1,2%	1,2%	
Qualificador de fatores ambientais	Nenhum	N	0	1	1	0,109
		%	0,0%	0,2%	0,1%	
	Leve	N	13	12	25	
		%	2,5%	2,4%	2,4%	
	Moderado	N	143	164	307	
		%	27,6%	32,5%	30,0%	
	Grave	N	360	327	687	
		%	69,5%	64,8%	67,2%	
	Completa	N	2	1	3	
		%	0,4%	0,2%	0,3%	
Impedimento de longo prazo		N	493	465	958	0,043*
		%	95,2%	92,1%	93,6%	
BPC resultado favorável		N	282	226	508	0,002*
		%	54,4%	44,8%	49,7%	

Nota: * indica associação significativa com o sexo pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Em relação aos qualificadores de funções do corpo e de atividades e participação, a maior proporção de grau leve ocorreu nos adultos (18-59 anos), de grau moderado na faixa etária de 11-17 anos e de grave e completa na faixa etária de 0-4 anos. Para o qualificador de fatores ambientais, o grau leve apresentou maior proporção nos adultos (18-59 anos), o grau moderado nos idosos (>59 anos) e o grau grave na faixa etária de 0-4 anos. Não foi observada diferença significativa entre as faixas etárias para o

impedimento de longo prazo. A maior proporção de resultado favorável para o BPC ocorreu na faixa etária de 0-4 anos (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise da associação para a distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação aos qualificadores, impedimento de longo prazo e resultado favorável para o BPC entre as faixas etárias.

			Faixa etária					Total	Associação com faixa etária
			0-4 anos	5-10 anos	11-17 anos	18-59 anos	>59 anos		p-valor
Qualificador de funções do corpo	Nenhum	N	0	2	0	16	2	20	<0,001*
		%	0,0%	1,4%	0,0%	2,8%	1,6%	2,0%	
	Leve	N	14	37	23	249	54	377	
		%	12,7%	25,9%	29,1%	44,3%	41,9%	36,9%	
	Moderado	N	33	45	29	153	40	300	
		%	30,0%	31,5%	36,7%	27,2%	31,0%	29,3%	
	Grave	N	37	38	13	97	19	204	
		%	33,6%	26,6%	16,5%	17,3%	14,7%	19,9%	
	Completa	N	26	21	14	47	14	122	
		%	23,6%	14,7%	17,7%	8,4%	10,9%	11,9%	
Qualificador de atividades e participação	Nenhum	N	0	0	1	6	0	7	<0,001*
		%	0,0%	0,0%	1,3%	1,1%	0,0%	0,7%	
	Leve	N	0	19	9	174	38	240	
		%	0,0%	13,3%	11,4%	31,0%	29,5%	23,5%	
	Moderado	N	29	64	48	300	69	510	
		%	26,4%	44,8%	60,8%	53,4%	53,5%	49,9%	
	Grave	N	73	60	20	79	22	254	
		%	66,4%	42,0%	25,3%	14,1%	17,1%	24,8%	
	Completa	N	8	0	1	3	0	12	
		%	7,3%	0,0%	1,3%	0,5%	0,0%	1,2%	
Qualificador de fatores ambientais	Nenhum	N	0	0	0	1	0	1	0,010*
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	
	Leve	N	1	4	1	18	1	25	
		%	0,9%	2,8%	1,3%	3,2%	0,8%	2,4%	
	Moderado	N	24	39	19	179	46	307	
		%	21,8%	27,3%	24,1%	31,9%	35,7%	30,0%	
	Grave	N	85	100	58	363	81	687	
		%	77,3%	69,9%	73,4%	64,6%	62,8%	67,2%	
	Completa	N	0	0	1	1	1	3	
		%	0,0%	0,0%	1,3%	0,2%	0,8%	0,3%	
Impedimento de longo prazo		N	107	137	77	513	124	958	0,054
		%	97,3%	95,8%	97,5%	91,3%	96,1%	93,6%	
BPC resultado favorável		N	90	86	46	231	55	508	<0,001*
		%	81,8%	60,1%	58,2%	41,1%	42,6%	49,7%	

Nota: * indica associação significativa com o sexo pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Análise da concordância entre o instrumento do BPC e o IFBr-M considerando os graus de deficiência

Para análise da concordância, foi utilizado o índice Kappa de Fleiss. Para interpretação do Kappa, foi considerado o critério proposto por Landis & Koch (1977) apresentado no quadro 1. Valores de Kappa negativos foram interpretados como ausência de concordância (SILVA & PAES, 2012).

Quadro 1 - Critérios para interpretação dos valores de Kappa (SILVA; PAES, 2012).

Valores de Kappa	Interpretação
<0	Ausência de concordância
0-0,19	Concordância pobre
0,20-0,39	Concordância leve
0,40-0,59	Concordância moderada
0,60-0,79	Concordância substantiva
0,80-1,00	Concordância quase perfeita

O teste do Qui-quadrado indica uma associação significativa entre o instrumento do BPC e o grau de deficiência do IFBr-M, isto é, o aumento no grau de deficiência do IFBr-M está associado ao aumento na proporção de sujeitos com o deferimento do BPC. Entretanto, os valores de Kappa negativos indicam uma concordância nula entre os métodos, tanto no total, quanto para os graus de deficiência do IFBr-M. Entre os sujeitos classificados com grau leve de deficiência pelo IFBr-M, apenas 23,5% tiveram o benefício concedido, ou seja, são pessoas com deficiência para o instrumento do BPC. Para os sujeitos classificados com grau moderado de deficiência pelo IFBR-M, 51,1% obtiveram concessão do BPC. Para os sujeitos classificados com grau grave de deficiência pelo IFBR-M, 88,5% obtiveram concessão do BPC (Tabela 7).

Assim, ao utilizar o ponto de corte do grau leve do IFBr-M como critério de deficiência, a taxa de caracterização aumentaria de 49,7% para quase 94,9%, o que significa um acréscimo de 45,3 pontos percentuais ou 91,1% em termos proporcionais.

Tabela 7 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBr-M	Nenhum	N	6	46	52	-0,026	-0,087	0,035	<0,001†
		% (IFBR-M)	11,5%	88,5%	100,0%				
		% (BPC)	1,2%	8,9%	5,1%				
	Leve	N	78	254	332	-0,381	-0,443	-0,32	
		% (IFBR-M)	23,5%	76,5%	100,0%				
		% (BPC)	15,4%	49,3%	32,5%				
	Moderado	N	193	185	378	-0,039	-0,101	0,022	
		% (IFBR-M)	51,1%	48,9%	100,0%				
		% (BPC)	38,0%	35,9%	37,0%				
	Grave	N	231	30	261	-0,146	-0,207	-0,085	
		% (IFBR-M)	88,5%	11,5%	100,0%				
		% (BPC)	45,5%	5,8%	25,5%				
Total		N	508	515	1023	-0,191	-0,235	-0,146	
		% (IFBR-M)	49,7%	50,3%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Para ambos os sexos, foi observada associação significativa entre o resultado do instrumento do BPC e do IFBr-M: quanto maior o grau de deficiência para o IFBr-M, maior a percentagem de concessão de BPC. Entretanto, os valores negativos de Kappa indicaram a ausência de concordância entre os métodos para ambos os sexos (Tabela 8). O mesmo resultado é verificado para as diferentes faixas etárias (Tabelas 9 a 13).

Tabela 8 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência por sexo.

				BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
				Sim	Não			LI	LS	p-valor
Masculino	IFBr-M	Nenhum	N	5	23	28	-0,028	-0,114	0,058	<0,001†
			% (IFBR-M)	17,9%	82,1%	100,0%				
			% (BPC)	1,8%	9,7%	5,4%				
		Leve	N	49	120	169	-0,386	-0,472	-0,3	
			% (IFBR-M)	29,0%	71,0%	100,0%				
			% (BPC)	17,4%	50,8%	32,6%				
		Moderado	N	99	73	172	-0,0069	-0,145	0,027	
			% (IFBR-M)	57,6%	42,4%	100,0%				
			% (BPC)	35,1%	30,9%	33,2%				
		Grave	N	129	20	149	-0,168	-0,254	-0,082	
			% (IFBR-M)	86,6%	13,4%	100,0%				
			% (BPC)	45,7%	8,5%	28,8%				
	Total		N	282	236	518	-0,206	-0,268	-0,144	
			% (IFBR-M)	54,4%	45,6%	100,0%				
			% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
Feminino	IFBr-M	Nenhum	N	1	23	24	-0,024	-0,112	0,063	<0,001†
			% (IFBR-M)	4,2%	95,8%	100,0%				
			% (BPC)	0,4%	8,2%	4,8%				
		Leve	N	29	134	163	-0,384	-0,471	-0,297	
			% (IFBR-M)	17,8%	82,2%	100,0%				
			% (BPC)	12,8%	48,0%	32,3%				
		Moderado	N	94	112	206	-0,035	-0,123	0,052	
			% (IFBR-M)	45,6%	54,4%	100,0%				
			% (BPC)	41,6%	40,1%	40,8%				
		Grave	N	102	10	112	-0,125	-0,212	-0,038	
			% (IFBR-M)	91,1%	8,9%	100,0%				
			% (BPC)	45,1%	3,6%	22,2%				
	Total		N	226	279	505	-0,185	-0,25	-0,12	
			% (IFBR-M)	44,8%	55,2%	100,0%				
			% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Tabela 9 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária de 0 a 4 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M	Nenhum	N	2	10	12	-0,058	-0,245	0,129	<0,001†
		% (IFBr-M)	16,7%	83,3%	100,0%				
		% (BPC)	2,2%	50,0%	10,9%				
	Leve	N	8	0	8	-0,509	-0,696	-0,322	
		% (IFBr-M)	100,0%	0,0%	100,0%				
		% (BPC)	8,9%	0,0%	7,3%				
	Moderado	N	36	9	45	-0,026	-0,213	0,161	
		% (IFBr-M)	80,0%	20,0%	100,0%				
		% (BPC)	40,0%	45,0%	40,9%				
	Grave	N	44	1	45	-0,257	-0,444	-0,07	
		% (IFBr-M)	97,8%	2,2%	100,0%				
		% (BPC)	48,9%	5,0%	40,9%				
Total		N	90	20	110	-0,263	-0,386	-0,14	
		% (IFBr-M)	81,8%	18,2%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Tabela 10 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária de 5 a 10 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M	Nenhum	N	1	10	11	-0,04	-0,204	0,124	<0,001†
		% (IFBr-M)	9,1%	90,9%	100,0%				
		% (BPC)	1,2%	17,5%	7,7%				
	Leve	N	15	23	38	-0,338	-0,502	-0,174	
		% (IFBr-M)	39,5%	60,5%	100,0%				
		% (BPC)	17,4%	40,4%	26,6%				
	Moderado	N	19	14	33	-0,005	-0,169	0,159	
		% (IFBr-M)	57,6%	42,4%	100,0%				
		% (BPC)	22,1%	24,6%	23,1%				
	Grave	N	51	10	61	-0,271	-0,169	0,159	
		% (IFBr-M)	83,6%	16,4%	100,0%				
		% (BPC)	59,3%	17,5%	42,7%				
Total		N	86	57	143	-0,197	-0,307	-0,087	
		% (IFBr-M)	60,1%	39,9%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Tabela 11 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária de 11 a 17 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M	Nenhum	N	3	6	9	-0,06	-0,281	0,16	<0,001†
		% (IFBR-M)	33,3%	66,7%	100,0%				
		% (BPC)	6,5%	18,2%	11,4%				
	Leve	N	3	12	15	-0,469	-0,689	-0,248	
		% (IFBR-M)	20,0%	80,0%	100,0%				
		% (BPC)	6,5%	36,4%	19,0%				
	Moderado	N	18	13	31	0,002	-0,219	0,223	
		% (IFBR-M)	58,1%	41,9%	100,0%				
		% (BPC)	39,1%	39,4%	39,2%				
	Grave	N	22	2	24	-0,179	-0,4	0,041	
		% (IFBR-M)	91,7%	8,3%	100,0%				
		% (BPC)	47,8%	6,1%	30,4%				
Total		N	46	33	79	-0,207	-0,356	-0,058	
		% (IFBR-M)	58,2%	41,8%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Tabela 12 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária de 18 a 59 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M	Nenhum	N	0	11	11	-0,01	-0,093	0,073	<0,001†
		% (IFBr-M)	0,0%	100,0%	100,0%				
		% (BPC)	0,0%	3,3%	2,0%				
	Leve	N	48	199	247	-0,39	-0,473	-0,308	
		% (IFBr-M)	19,4%	80,6%	100,0%				
		% (BPC)	20,8%	60,1%	44,0%				
	Moderado	N	91	107	198	-0,125	-0,208	-0,042	
		% (IFBr-M)	46,0%	54,0%	100,0%				
		% (BPC)	39,4%	32,3%	35,2%				
	Grave	N	92	14	106	-0,104	-0,187	-0,021	
		% (IFBr-M)	86,8%	13,2%	100,0%				
		% (BPC)	39,8%	4,2%	18,9%				
Total		N	231	331	562	-0,23	-0,296	-0,165	
		% (IFBr-M)	41,1%	58,9%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Tabela 13 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária > 59 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBr-M	Nenhum	N	0	9	9	-0,036	-0,209	0,136	<0,001†
		% (IFBr-M)	0,0%	100,0%	100,0%				
		% (BPC)	0,0%	12,2%	7,0%				
	Leve	N	4	20	24	-0,295	-0,468	-0,123	
		% (IFBr-M)	16,7%	83,3%	100,0%				
		% (BPC)	7,3%	27,0%	18,6%				
	Moderado	N	29	42	71	0,039	-0,133	0,212	
		% (IFBr-M)	40,8%	59,2%	100,0%				
		% (BPC)	52,7%	56,8%	55,0%				
	Grave	N	22	3	25	-0,107	-0,28	0,065	
		% (IFBr-M)	88,0%	12,0%	100,0%				
		% (BPC)	40,0%	4,1%	19,4%				
Total		N	55	74	129	-0,11	-0,237	0,017	
		% (IFBr-M)	42,6%	57,4%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Embora tenha sido observada uma associação significativa entre o IFBr-M e o resultado “sim” do BPC, o que é natural, pois o aumento do grau de deficiência no IFBr-M aumenta a chance da confirmação da deficiência pelo BPC, os instrumentos não apresentaram concordância significativa. Isto indica que os instrumentos não são equivalentes e apresentam taxas de discordância elevadas.

Análise da concordância entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado

Considerando que o instrumento do BPC visa identificar a pessoa com deficiência, independentemente do grau, os dados do IFBr-M foram dicotomizados em: "não" para grau de deficiência "nenhum"; e, "sim" para os graus de deficiência "leve, moderado e grave".

Após dicotomizar os resultados do IFBr-M, ainda foi possível observar associação significativa entre os instrumentos. Houve uma discreta melhora na concordância com o BPC. Porém, as concordâncias foram pobres (muito baixas) para a maioria das condições

analisadas. Apenas para faixa etária de 0 a 4 anos foi observada uma concordância moderada. Assim, do ponto de vista estatístico, considerando a análise da concordância, o IFBr-M não é capaz de produzir resultados semelhantes aos do BPC.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado para a amostra total, porém a concordância entre os métodos foi muito baixa (Kappa = 0,077). No total geral, 53,6% apresentaram concordância. O percentual de discordância entre os métodos foi de 46,4% (Tabela 14).

Tabela 14 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado no total geral da amostra.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	502	469	971	0,077	0,05	0,104	<0,001†
		% (IFBR-M)	51,7%	48,3%	100,0%				
		% (BPC)	98,8%	91,1%	94,9%				
		% (total)	49,1%	45,8%	94,9%				
	Não	N	6	46	52				
		% (IFBR-M)	11,5%	88,5%	100,0%				
		% (BPC)	1,2%	8,9%	5,1%				
		% (total)	0,6%	4,5%	5,1%				
Total		N	508	515	1023				
		% (IFBR-M)	49,7%	50,3%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	49,7%	50,3%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado para ambos os sexos, porém a concordância entre os métodos foi muito baixa, tanto para o sexo masculino (Kappa = 0,086), quanto para o sexo feminino (Kappa=0,070). Foi observada uma concordância de 57,9% para o sexo masculino e de 49,1% para o feminino. O percentual de discordância entre os métodos foi de 42,1% para os homens e de 50,9% para mulheres (Tabela 15).

Tabela 15 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado da amostra por sexo.

				BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
				Sim	Não			LI	LS	p-valor
Masculino	IFBR-M dicotômico	Sim	N	277	213	490	0,086	0,042	0,13	<0,001†
			% (IFBR-M)	56,5%	43,5%	100,0%				
			% (BPC)	98,2%	90,3%	94,6%				
			% (total)	53,5%	41,1%	94,6%				
		Não	N	5	23	28				
			% (IFBR-M)	17,9%	82,1%	100,0%				
			% (BPC)	1,8%	9,7%	5,4%				
			% (total)	1,0%	4,4%	5,4%				
	Total		N	282	236	518				
			% (IFBR-M)	54,4%	45,6%	100,0%				
			% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
			% (total)	54,4%	45,6%	100,0%				
Feminino	IFBR-M dicotômico	Sim	N	225	256	481	0,07	0,039	0,102	<0,001†
			% (IFBR-M)	46,8%	53,2%	100,0%				
			% (BPC)	99,6%	91,8%	95,2%				
			% (total)	44,6%	50,7%	95,2%				
		Não	N	1	23	24				
			% (IFBR-M)	4,2%	95,8%	100,0%				
			% (BPC)	0,4%	8,2%	4,8%				
			% (total)	0,2%	4,6%	4,8%				
	Total		N	226	279	505				
			% (IFBR-M)	44,8%	55,2%	100,0%				
			% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
			% (total)	44,8%	55,2%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado e uma concordância moderada (Kappa = 0,566) entre os métodos para a faixa etária de 0 a 4 anos. No total geral, foi observada uma concordância de 89,1% na faixa etária de 0 a 4 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 10,9% (Tabela 16).

Tabela 16 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBR-M dicotomizado na amostra de 0 a 4 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	88	10	98	0,566	0,351	0,781	<0,001†
		% (IFBR-M)	89,8%	10,2%	100,0%				
		% (BPC)	97,8%	50,0%	89,1%				
		% (total)	80,0%	9,1%	89,1%				
	Não	N	2	10	12				
		% (IFBR-M)	16,7%	83,3%	100,0%				
		% (BPC)	2,2%	50,0%	10,9%				
		% (total)	1,8%	9,1%	10,9%				
Total		N	90	20	110				
		% (IFBR-M)	81,8%	18,2%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	81,8%	18,2%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado e uma concordância pobre (Kappa = 0,190) entre os métodos para a faixa etária de 5 a 10 anos. No total geral, foi observada uma concordância de 66,4% na faixa etária de 5 a 10 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 33,6% (Tabela 17).

Tabela 17 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBR-M dicotomizado na amostra de 5 a 10 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	85	47	132	0,19	0,074	0,305	<0,001†
		% (IFBR-M)	64,4%	35,6%	100,0%				
		% (BPC)	98,8%	82,5%	92,3%				
		% (total)	59,4%	32,9%	92,3%				
	Não	N	1	10	11				
		% (IFBR-M)	9,1%	90,9%	100,0%				
		% (BPC)	1,2%	17,5%	7,7%				
		% (total)	0,7%	7,0%	7,7%				
Total		N	86	57	143				
		% (IFBR-M)	60,1%	39,9%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	60,1%	39,9%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBr-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Não foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado, como também uma concordância pobre (Kappa = 0,130) entre os métodos para a faixa etária de 11 a 17 anos. No total geral foi observada uma concordância de 62,0% na faixa etária de 11 a 17 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 38,0% (Tabela 18).

Tabela 18 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado na amostra de 11 a 17 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	43	27	70	0,13	-0,036	0,296	0,11
		% (IFBR-M)	61,4%	38,6%	100,0%				
		% (BPC)	93,5%	81,8%	88,6%				
		% (total)	54,4%	34,2%	88,6%				
	Não	N	3	6	9				
		% (IFBR-M)	33,3%	66,7%	100,0%				
		% (BPC)	6,5%	18,2%	11,4%				
		% (total)	3,8%	7,6%	11,4%				
Total		N	46	33	79				
		% (IFBR-M)	58,2%	41,8%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	58,2%	41,8%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado e uma concordância pobre (Kappa = 0,027) entre os métodos para a faixa etária de 18 a 59 anos. No total geral foi observada uma concordância de 43,1% na faixa etária de 18 a 59 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 56,9% (Tabela 19).

Tabela 19 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado na amostra de 18 a 59 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	231	320	551	0,027	0,011	0,044	0,005†
		% (IFBR-M)	41,9%	58,1%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	96,7%	98,0%				
		% (total)	41,1%	56,9%	98,0%				
	Não	N	0	11	11				
		% (IFBR-M)	0,0%	100,0%	100,0%				
		% (BPC)	0,0%	3,3%	2,0%				
		% (total)	0,0%	2,0%	2,0%				
Total		N	231	331	562				
		% (IFBR-M)	41,1%	58,9%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	41,1%	58,9%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado e uma concordância pobre (Kappa = 0,106) entre os métodos para a faixa etária > 59 anos. No total geral, foi observada uma concordância de 49,6% na faixa etária >59 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 50,4% (Tabela 20).

Tabela 20 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado na amostra > 59 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	55	65	120	0,106	0,037	0,174	0,008†
		% (IFBR-M)	45,8%	54,2%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	87,8%	93,0%				
		% (total)	42,6%	50,4%	93,0%				
	Não	N	0	9	9				
		% (IFBR-M)	0,0%	100,0%	100,0%				
		% (BPC)	0,0%	12,2%	7,0%				
		% (total)	0,0%	7,0%	7,0%				
Total		N	55	74	129				
		% (IFBR-M)	42,6%	57,4%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	42,6%	57,4%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBr-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa indicam que a taxa de caracterização da deficiência do IFBr-M para os requerentes do BPC é muito superior à do instrumento atualmente adotado no reconhecimento àquele benefício: 94,9% contra 49,7% na amostra, ou seja, uma diferença de 45,3 pontos percentuais ou 91,1% em termos proporcionais. Mesmo descartando os casos de deficiência leve para o IFBr-M, a taxa de caracterização da deficiência continua bastante diferente: 62,5% contra os mesmos 49,7%.

Outro aspecto importante dos resultados é o baixo nível de concordância dos dois instrumentos de avaliação da deficiência. A discordância ocorre, na imensa maioria dos casos, porque praticamente toda a amostra é formada por pessoas com deficiência na ótica do IFBr-M, enquanto o mesmo não acontece no instrumento do BPC. Isto indica que os instrumentos não são equivalentes e apresentam taxas de discordância elevadas[8].

Uma possível explicação para essas diferenças reside no fato de que o IFBr-M mede a restrição de participação dos requerentes na sociedade que, além da possível deficiência, apresentam condição de vulnerabilidade social[9]. O instrumento do BPC, por outro lado, avalia os três componentes da deficiência, incluindo, além da restrição de participação, as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais. Os qualificadores dos três componentes são combinados para determinar o resultado quanto ao preenchimento dos requisitos estabelecidos pelo art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/93, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao BPC.

A definição geral de pessoa com deficiência pode ser feita a partir do modelo social, em oposição a outras abordagens conceituais existentes, em especial, ao tradicional modelo médico (SANTOS; ARAUJO, 2017). No modelo médico, a deficiência é compreendida como uma lesão a ser tratada no corpo da pessoa mediante cuidados biomédicos (DINIZ, 2007). Pelo modelo social, a deficiência é resultante da interação entre a limitação funcional da pessoa e o meio no qual ela vive, motivo pelo

[8] Além dos pontos de corte propostos para o IFBr-M, estimamos pontos de corte ótimos para o IFBr-M baseados em análises de sensibilidade e especificidade tomando como base a caracterização da deficiência pelo instrumento do BPC. Os resultados demonstram que não é possível chegar a um resultado próximo ao do instrumento do BPC através do IFBr-M mesmo promovendo ajustes nas réguas. Dito de outro modo, caso o IFBr-M seja introduzido no BPC após tais ajustes, deve-se esperar uma mudança substancial do perfil dos beneficiários. Por um lado, muitas pessoas que hoje não acessariam o benefício passarão a acessá-lo. Por outro lado, muitos indivíduos, que hoje conseguiriam o acesso ao BPC devido à sua condição de pessoa com deficiência, não mais poderão acessá-lo.

[9] De fato, antes de passar pela avaliação biopsicossocial da deficiência, os indivíduos passam pela avaliação administrativa para verificar se a renda per capita do grupo familiar é inferior a um quarto de salário mínimo, que era o limite legal vigente no período de coleta dos dados.

qual o ambiente social é identificado como o fator limitador da situação de deficiência da pessoa, na medida em que são as diversas barreiras existentes que impedem a sua plena inclusão social (LOPES, 2014).

O confronto destas definições com os resultados desta pesquisa permite a compreensão da diferença encontrada entre os instrumentos avaliados, visto que o IFBr-M caracteriza a deficiência unicamente sob a perspectiva social (UNBCIÊNCIA, 2020), tirando o foco do indivíduo e transpondo-o para o ambiente que circunda essa pessoa sob a ótica da igualdade de condições. Contudo, o IFBr-M desconsidera a existência e o grau do impedimento corporal na avaliação da deficiência, exceto na medida em que afeta a funcionalidade. Sendo esta a principal diferença em relação ao instrumento do BPC, que considera os três componentes da deficiência (funções do corpo e fatores ambientais, além das atividades e participação, que são o foco do IFBr-M), conclui-se que a ausência de avaliação do impedimento corporal é responsável pelas diferenças marcantes documentadas neste trabalho.

CONCLUSÃO

A taxa de caracterização da deficiência pelo instrumento IFBr-M é superior à daquele atualmente adotado no reconhecimento de direito ao benefício, havendo um baixo nível de concordância entre os dois instrumentos de avaliação da deficiência. Não há equivalência entre ambos os instrumentos visto que apresentam taxas de discordância elevadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2004.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo

Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, n. 163, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRASIL. Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. **Diário Oficial da União**, 9 maio, 2013.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, p. 43, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instituto Nacional do Seguro Social. **Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 201**5.Dispõe sobre critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médica da pessoa com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada. 2015a.

BRASIL. Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020 - Institui o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, **Diário Oficial da União**, p. 5, 2020.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W.R. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. **Revista Internacional de direitos humanos**, V.6, n. 11, dez. 2009. Disponível em: http://www.conectas.org/pt/acoes/sur/edicao/11. Acesso em: 01 out. 2020.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-74, 1977.

LOPES, L.F. Artigo 1: Propósitos. In: **Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Brasília, 2014.

SANTOS, O.S.; ARAUJO, J.M.L. Índice de Funcionalidade Brasileiro aplicado para fins de classificação e concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência – IF-BrA, instituída pela Lei complementar nº 142/2013: análise da adequação técnica e jurídica das decisões judiciais que sustentam a suposta revogação da portaria interministerial

SDH/MPS/MPOG/AGU nº 1/2014. **Revista Jurídica da Seção Judiciária de Pernambuco**, p. 303-324, 2017.

SILVA, R.S.; PAES, A.T. Por dentro da estatística – Teste de concordância de Kappa. **Educ Contin Saúde Einstein**, v. 10, n. 4, p. 165-6, 2012.

UNBCIÊNCIA. **UnB valida modelo unificado de avaliação da deficiência no Brasil**. Disponível em: http://www.unbciencia.unb.br/biologicas/114-ciencias-da-saude/610-unb-valida-modelo-unificado-de-avaliacao-da-deficiencia-no-brasil. Acesso em: 13 out 2020.

UNITED NATIONS. **Committee on the Rights of Persons with Disabilities**. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx. Acesso em: 01 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning Disability and Health.** Genebra, 2001.

ZWEIG, M.H.; CAMPBELL, G. Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. **Clin Chem.**, v. 39, n. 4, p. 561-77, 1993.

AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

AGOSTO 2021

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS PERFIS DE BENEFICIÁRIOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Realização:


EVEX
Evidência Express


Enap
Escola Nacional de
Administração Pública

Expediente

Presidente
Diogo Costa

Diretora-Executiva
Rebeca Loureiro de Brito

Diretora de Altos Estudos
Diana Coutinho

Diretor de Educação Executiva
Rodrigo Torres

Diretor de Desenvolvimento Profissional
Paulo Marques

Diretora de Inovação
Bruna Santos

Diretora de Gestão Interna
Alana Regina Biagi Silva Lisboa

Coordenação Geral de Ciência de Dados
Leonardo Monastério

Autoria
Giovanni di Pietra
Eduarda Figueiredo
Vittório Leite
Willian Adamczyk

Capa e Diagramação
Samyra Lima
Equipe EvEx

Imagens
Unsplash

O Evidência Express (EvEx), iniciativa da Diretoria de Altos Estudos da Escola Nacional de Administração Pública (Enap), é uma equipe de pesquisadores focada em reunir, sintetizar e fornecer evidências para o desenho, monitoramento e avaliação de políticas públicas. A missão do EvEx é gerar produtos ágeis, priorizando a qualidade das informações.

Avaliações completas de uma política pública são intensivas em tempo e custos, necessitando de uma visão sistêmica do problema e do tema investigado. A fim de agilizar os processos de avaliação, o EvEx se propõe a produzir atividades de consolidação do conhecimento disponível e produção de novos pontos de vista.

Os resultados dos produtos EvEx apoiam tomadores de decisão do setor público federal, subsidiando avaliações Ex Ante ou Ex Post. Beneficiam também os gestores públicos locais, demais pesquisadores, alunos, docentes, servidores e entidades da sociedade civil.

Os produtos do EvEx analisam evidências qualitativas e quantitativas acerca de um problema, podendo ser demandados de forma avulsa ou em pacotes, sobre:

- Magnitude e evolução do problema no Brasil e no mundo.
- Causas e consequências do problema.
- Soluções de enfrentamento do problema existentes no Brasil e no mundo.
- Público-alvo ou afetado pelo problema ou política.
- Evidências de impacto de soluções existentes.

Para maiores informações, entre em contato: evidencia.express@enap.gov.br

Boa Leitura!

Sumário

1 Introdução 5

2 Metodologia 7

2.1 Pontuações em Atividades Funcionais no IFBrM 9

2.2 Identificação e Aplicação do Método *Fuzzy* 10

2.3 Classificações de Deficiência 11

3 Resultados 13

3.1 Análise Descritiva do Perfil Socioeconômico entre os Beneficiários do BPC 13

3.2 Análise do Perfil de Deficiência entre os Beneficiários do BPC 18

4 Considerações Finais 21

Referências Bibliográficas 22

1. Introdução

O Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) foi aprovado em 2020 como um instrumento base para a avaliação da deficiência e deverá ser utilizado para implantação de um sistema unificado a ser adotado pelo Governo Brasileiro, conforme prevê a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015).[1] O índice atualiza o sistema vigente de avaliação, saindo do modelo de Classificação Internacional de Doenças (CID) para a Classificação Internacional de Funcionalidades e Incapacidade em Saúde (CIF) e, portanto, adotando critérios biopsicossociais. Desde a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência — aprovada pela ONU (2006) e ratificada pelo Brasil (2008) — discute-se no Brasil novo modelo de avaliação da deficiência, baseado não apenas na visão biomédica (que a entende a deficiência como uma patologia ou impedimento do indivíduo), mas na compreensão de que a deficiência resulta da interação desta lesão com as barreiras sociais que impedem a participação plena da pessoa na sociedade.

Neste contexto foi criado o Comitê do Cadastro Nacional da Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência (Decreto no. 8.954 de 2017), possibilitando a elaboração e validação do IFBrM. A pesquisa de campo envolvendo a aplicação do IFBrM contou com mais de 8.000 avaliados, com avaliações realizadas por profissionais de diferentes áreas, da Rede de Atenção à Saúde do SUS, em 50 cidades distintas das cinco regiões do país, sob coordenação da Universidade de Brasília (UnB) (RESENDE et al., 2019).

No entanto, enquanto os critérios de avaliação de deficiências têm um caminho claro para tornarem-se unificados – ainda não há unidade entre os critérios de concessão de benefícios às pessoas com deficiência. Em 2020, o Brasil apresenta um grande leque programa sociais que buscam promover assistência básica a esse grupo, dentre estes podemos citar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), uma política pública de combate às desigualdades entre as pessoas pobres com deficiências e idosos, garantida na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993 — Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993). Mesmo aprovado há quase três décadas, ainda há divergência quanto às regras de concessão do próprio BPC.[2]

[1] Em linha com esta discussão, a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) – Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) estabeleceu que a avaliação da deficiência deve ser baseada em critérios biopsicossociais.

[2] Por exemplo, em 2013, o Supremo Tribunal Federal (STF) considerou inconstitucional o trecho da LOAS (BRASIL, 1993) que define como critério para concessão do BPC a renda média familiar de um quarto do salário mínimo, por considerar que o critério está defasado para caracterizar a condição de miserabilidade. Mas a norma não foi anulada e a aprovação do benefício a quem está fora do critério da norma ocorre somente após a judicialização do pedido. Em 2020, o governo então vetou o valor de meio salário mínimo como limite da renda familiar que passaria a valer a partir de 1º de janeiro de 2021, o que deixaria o benefício sem critério objetivo para aferição da renda (AGÊNCIA SENADO, 2021).

Além do BPC existem programas ligados ao BPC, como o Auxílio-Inclusão (previsto no Estatuto da Pessoa com Deficiência) e o programas atrelados à estrutura de proteção social do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, como o Auxílio-Doença[3]) e a Aposentadoria por Invalidez (que apresenta requisitos parecidos com o Auxílio-Doença).

Torna-se então necessário discutir — sob a metodologia do instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência — quais as diferenças nesta escala unificada entre as deficiências cobertas por cada tipo de benefício. Neste trabalho apresentamos uma análise exploratória dos dados coletados durante a pesquisa de campo do IFBrM com o objetivo de evidenciar as diferenças entre o perfil socioeconômico dos beneficiários do BPC por deficiência e os beneficiários de outros programas. Em síntese, nossos resultados mostram que os beneficiários do BPC apresentam um perfil socioeconômico muito distinto, sendo muito mais jovens, menos escolarizados e mais concentrados nas zonas rurais do Brasil.

Além disso, nós mostramos que os beneficiários do BPC apresentam uma prevalência de gravidade avaliada pelo IFBrM de 42%, enquanto a prevalência de gravidade no grupo de comparação que considera beneficiários de outros ou de nenhum programa é de apenas 18%. A diferença entre grupos chega a ser de 34 pontos percentuais quando comparamos o grupo beneficiário do BPC com o grupo beneficiário de outros programas, excluindo os não beneficiários. Aprofundando a exploração das diferenças em relação às dimensões de domínios de atividades funcionais e tipos de deficiência, mostramos que o grupo que recebe o BPC apresenta, em geral, medidas de deficiência mais agudas quando comparados ao grupo que recebe algum outro ou nenhum benefício, mesmo quando a composição etária da amostra é levada em conta.

No Capítulo 2 apresentamos os aspectos metodológicos do IFBrM, utilizado para a mensuração do grau de deficiência entre os avalidados, os dados utilizados neste trabalho e a estratégia de exploração destes dados. No Capítulo 3 apresentamos os resultados de uma análise exploratória das diferenças quanto ao perfil socioeconômico e na gravidade das deficiências entre beneficiários do BPC quando comparados com beneficiários de outros ou nenhum outro programa social. Apresentamos no Capítulo 4 nossas considerações finais.

[3]Benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS que comprove, em perícia médica, estar temporariamente incapaz para o trabalho em decorrência de doença ou acidente.

2. Metodologia

Nesta seção descrevemos a metodologia empregada para a avaliação dos níveis de deficiência por meio da aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM). O instrumento foi concebido a partir do projeto de pesquisa intitulado "Implementação do Modelo Único de Avaliação e Valoração da Deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras", por meio da Carta Acordo firmada entre o Ministério da Justiça e Cidadania (MJ), a Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC) e a Universidade de Brasília (UnB).

Com execução da UnB e coparticipação do Ministério da Saúde (MS), o objetivo do projeto foi o de realizar uma pesquisa única e multicêntrica para validar o IFBrM e propor os aperfeiçoamentos com base no formato de avaliação da deficiência normatizado pela Lei Brasileira de Inclusão. Um dos objetivos das modificações e da introdução do índice foi elaborar um modelo brasileiro único de classificação e valoração das deficiências para uso em todo o território nacional.

Utilizamos os dados descritos no Documento Técnico Analítico Final (RESENDE et al., 2019), de 2019, e sua Revisão de 2021 (RESENDE et al., 2021). Os dados a que tivemos acesso representam 8.783 indivíduos, avaliados de forma independente por dois avaliadores, totalizando 17.566 observações. As distintas avaliações consistem no preenchimento da matriz de aplicação do instrumento IFBrM por cada profissional com informações do próprio avaliado ou acompanhante.

Além dos itens de resultado da matriz de aplicação do instrumento, há também variáveis socioeconômicas coletadas nos formulários de identificação. Dentre estas variáveis, utilizamos em nossa análise as variáveis "Raça", divida entre as categorias "Branco", "Pardo", "Preto" ou "Amarelo"; "Escolaridade", com categorias de respostas agregadas para "Ensino Fundamental completo ou incompleto","Ensino Médio completo ou incompleto", "Ensino Superior ou maior nível educacional", além de uma categoria "Não Aplicável", para avaliados que não que ainda não tenham atingido a idade escolar; Localização da Residência: Rural ou Urbana; Sexo: Homem ou Mulher; Idade e Faixas Etárias (1 a 4, 5 a 10, 11 a 17, 18 a 59 e 60 Anos ou Mais); Renda Familiar (em R$) e a quantidade de pessoas vivendo no domicílio do avaliado.[4]

A partir destes dados, realizamos uma análise descritiva dos resultados a fim de identificar diferenças nos perfis de avaliados que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) em relação

[4] A declaração de raça é obrigatória durante o preenchimento do formulário.

aos demais avaliados[5]. Para isso, foi necessário calcular cada nível de deficiência, considerando os critérios de aplicação do método Fuzzy, soma da pontuação dos domínios e classificação por nível de acordo com o tipo de deficiência e com a faixa etária.

O cálculo foi desenvolvido em três etapas: i) compilação das pontuações dos níveis de independência das atividades funcionais definidas no IFBrM; ii) identificação das avaliações sujeitas à aplicação do método e aplicação do método *Fuzzy*; iii) cálculo do nível de deficiência (Sem Deficiência, Leve, Moderado e Grave) para cada faixa etária e tipo de deficiência. Todo o procedimento foi feito utilizando o *software* R. Cada etapa é descrita nas seções a seguir.

[5]Em nossas principais Tabelas 3.1 e 3.2 utilizamos, como grupo de comparação tanto aqueles que recebem algum outro benefício – sendo esses: Auxílio-Inclusão, Auxílio-Doença, Auxílio-Acidente, Pensão (declarado sem especificar o tipo), Aposentadoria (declarado sem especificar o tipo) e "Outros Benefícios", referido como grupo (O) – quanto aqueles que não recebem nenhum tipo de benefício, referidos como grupo (N). Por fim, utilizamos também um grupo de comparação composto por ambos os anteriores (O+N). Mostramos que este grupo de comparação apresenta resultados mais comedidos.

2.1 Pontuações em Atividades Funcionais no IFBrM

Neste tópico detalhamos os passos para o cálculo dos níveis de deficiência de cada avaliado seguindo o Manual de Aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) em sua quarta versão, além do Documento Técnico Analítico Final de 2019 (RESENDE et al., 2019), e sua Revisão de 2021 (RESENDE et al., 2021).

O primeiro passo para o cálculo do nível de deficiência dos avaliados consiste na avaliação das pontuações atribuídas a cada uma das 57 questões que descrevem atividades funcionais e participações segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). As atividades funcionais são divididas em sete domínios:

1. Aprendizagem e aplicação de conhecimento.
2. Comunicação.
3. Mobilidade.
4. Cuidados Pessoais.
5. Vida Doméstica.
6. Educação, Trabalho e Vida Econômica;
7. Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política.

Para cada Atividade é atribuído um nível de independência, baseada no modelo da Medida de Independência Funcional (MIF), com os níveis de dependência de terceiros agrupados em quatro níveis de pontuação (25, 50, 75 e 100 pontos). A menor pontuação (25) representa a dependência total de um indivíduo avaliado para realizar uma determinada atividade. A maior pontuação (100) está associada à inexistência de restrições ou limitações para realizar a atividade em relação a pessoas da mesma idade, cultura e educação sem limitações. O Quadro 2.1 apresenta os critérios que definem cada uma das pontuações.

Quadro 2.1.: Pontuação atribuída a Atividades Funcionais

Pontuação atribuída a cada Atividade Funcional
25 — Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de nenhuma etapa da atividade.
50 — Se realiza a atividade com o auxílio de terceiros.
75 — Realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente.
100 — Realiza a atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança.

Fonte: Manual de Aplicação Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM).

2.2 Identificação e Aplicação do Método *Fuzzy*

Uma vez computadas as respostas, o Manual do IFBrM prevê a aplicação do Modelo Linguístico *Fuzzy* para revaloração das respostas de determinados grupos de questões utilizando outras questões de referência. O objetivo desta estratégia é introduzir um elemento qualitativo que permita balancear as 57 atividades por tipos de deficiência, situações emblemáticas e pelo maior risco nestas atividades em função da dependência de terceiros. Dessa forma, para cada tipo de impedimento, alguns domínios afetam de maneira preponderante os efeitos da deficiência que o avaliado experiencia. Assim, a aplicação do modelo *Fuzzy* permite a atribuição de maior peso aos domínios principais de cada tipo de impedimento por deficiência. Cada impedimento prioriza dois domínios, uma questão emblemática e critérios particulares de reclassificação de acordo com as respostas às questões.

As questões emblemáticas são descritas no Quadro 3 do Manual de Aplicação IFBrM. Caso uma das questões emblemáticas relativas a um tipo de deficiência seja respondida afirmativamente ou os critérios de reclassificação dentro dos domínios preponderantes sejam atendidos, o método é aplicado. No Quadro 2.2 apresentamos um exemplo dos critérios para aplicação do *Fuzzy* para portadores de deficiência auditiva.

Quadro 2.2.: Exemplo — Aplicação do Método *Fuzzy* para o Tipo de Deficiência: Auditivo

Tipo de Deficiência: Auditivo
Critérios a serem observados: ( ) *Questão Emblemática:* "A surdez ocorreu antes dos 6 anos ?"; ( ) Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade dos Domínios "Comunicação" (2) ou "Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política" (7); OU houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios: "Comunicação" (2) ou "Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política" (7). ( ) Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário. **Método *Fuzzy*:** Se algum dos itens elencados acima for respondido de forma afirmativa, a menor pontuação entre os itens dos Domínios "Comunicação" (2) ou "Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política" (7) é imputada, respectivamente, a todas pontuações das questões relativas ao domínio.

Fonte: Manual de Aplicação Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM).

2.3 Classificações de Deficiência

Após a aplicação do Método *Fuzzy* para rebaixamento das pontuações para cada grupo de atividades funcionais por domínio, uma pontuação final é calculada por meio da soma das pontuações em todas as atividades funcionais. No entanto, é importante notar que para cada faixa etária, uma série de atividades funcionais não devem ser consideradas nesta soma. Como um todo, o cálculo é complexo pois envolve a combinação de 6 tipos de impedimento e 11 faixas etárias para exclusão de cada uma das 57 atividades em 7 domínios.

O critério de exclusão destas atividades segue as diretrizes apresentadas nas Tabelas 1 e 2 do Manual de Aplicação do IFBrM. Desta forma, as pontuações finais são comparáveis somente entre idades específicas ou faixas etárias. Já os pontos de corte para a classificação do nível de deficiência (Sem Deficiência, Leve, Moderado ou Grave) são construídos para cada faixa etária e para cada tipo de deficiência seguindo as Tabelas 10, 11, 12 e 13 do Documento Técnico Analítico Final – Revisão 2021.

Por exemplo, uma pessoa na faixa etária de 0 a 4 anos, com a deficiência do tipo “Físico”, tem o nível de deficiência calculado como “Leve” caso a soma da pontuação esteja abaixo de 2000 pontos, “Moderado” se abaixo de 1800 pontos e “Grave” se abaixo de 900 pontos. Já uma pessoa de 5 a 10 anos, com o mesmo tipo de deficiência, é considerada “Leve” até 2900 pontos, “Moderado” até 2550 pontos e Grave até 1800 pontos. Os pontos de corte diferem pois a quantidade de questões consideradas é maior em faixas etárias superiores.

Para o cálculo das pontuações finais, seguiu-se estritamente a metodologia apresentada na Seções 2.1, 2.2 e 2.3. No entanto, uma vez que o as pontuações finais são baseadas na soma entre itens da matriz de aplicação do instrumento, o resultado final é sensível à “Não Resposta”. Para evitar comparações impróprias, imputamos o valor de 100 para os campos não respondidos, quando ausentes mesmo para uma idade apropriada (Tabela 1 do Manual de Aplicação do IFBrM). Este procedimento, apesar de mudar a soma de pontuações finais, não deveria prejudicar a qualidade da avaliação uma vez que, caso o indivíduo apresente alguma característica determinante para a aplicação do Método *Fuzzy* — e portanto algum indicativo de impedimento em determinado domínio — os valores imputados serão ignorados para cálculo final dos níveis de deficiência.

Os níveis qualitativos de deficiência calculados permitem a avaliação da deficiência quando todos os domínios são considerados, mas não permitem a comparação do grau de deficiência dentro de cada um dos domínios. Assim, para realizar essa comparação, usamos a soma das pontuações após a aplicação do Método *Fuzzy* em cada domínio, considerando as duas avaliações disponíveis por indivíduo avaliado.

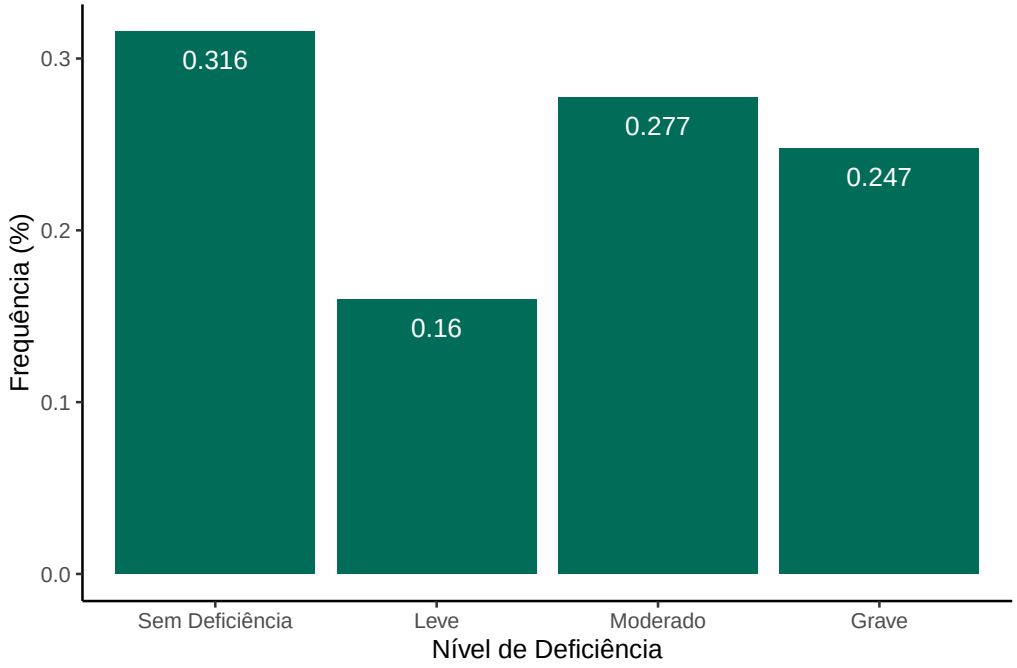
Esta soma é comparável somente entre as dimensões que orientam o suporte da distribuição

das pontuações. Assim, não podemos comparar a pontuação total gerada entre domínios, uma vez que as pontuações somadas apresentam mínimos e máximos divergentes devido ao número potencialmente diferente de itens entre os domínios. Por exemplo, a pontuação somada para o domínio da "Aprendizagem" tem um máximo de 1800 (duas vezes o número de itens no domínio, neste caso 9), enquanto a pontuação somada para "Comunicação" tem um máximo de 1600. Também, não podemos comparar a pontuação somada entre avaliados de idades diferentes, uma vez que o número total de itens considerados na avaliação é diferente para cada idade ou faixa etária considerada.

Esta alternativa é, no entanto, útil para compararmos o perfil de deficiência entre os beneficiários e não beneficiários do BPC dentro de uma mesma faixa etária. Dessa forma, utilizamos a pontuação total nas Figuras 3.1 e 3.2 da próxima seção deste relatório, onde buscamos entender em quais domínios há maiores diferenças de acordo com o tipo de benefício recebido.

A Figura 2.1 mostra o resultado a aplicação da metodologia para as 17.566 avaliações (com cada avaliado participando de duas avaliações independentes). Nesta figura constatamos que nossa análise também respeita o padrão de referência construído para o IFBrM, com a prevalência de gravidade observada (24.7%) em torno prevalência suposta de 25% para a composição e desenho da amostra.[6]

Figura 2.1: Distribuição dos Níveis de Deficiência entre todas as avaliações



Fonte: Elaboração própria com base dos dados de validação do IFBrM.

[6] A amostra projetada para o estudo de Validação do IFBrM, utilizada nessa avaliação, pretendia encontrar prevalência entre 20% e 30% (25%± 5%) segundo o Documento Técnico Analítico Final 2019.

3. Resultados

3.1 Análise Descritiva do Perfil Socioeconômico entre os Beneficiários do BPC

As tabelas abaixo exploram as diferenças em características socioeconômicas entre os beneficiários do BPC e beneficiários de outro ou nenhum programa (referidos como "Outro ou Nenhum Benefício"). Exploramos também as diferenças nestas mesmas características socioeconômicas entre os Tipos de Deficiência e os Níveis de Deficiência, calculados de acordo com o manual do IFBrM e seguindo os passos apresentados na Seção 2.1.

A Tabela 3.1 apresenta um sumário destas características para o total da amostra e para as amostras divididas entre indivíduos que recebem o benefício BPC (coluna "BPC"), os que recebem algum outro ou nenhum benefício (coluna "Outros ou N. Bnf. (O+N)"), algum benefício (coluna "Outros Bnf. (O)") e nenhum benefício (coluna "Nenhum Bnf. (N)"). As colunas "Dif." apresentam as diferença entre os valores da coluna BPC e a comparação referida e as colunas "P-valor" apresentam o menor nível de significância para o qual rejeitamos a hipótese nula de que a diferença referida seja igual à zero num teste "*T*" para o valor da diferença entre as duas amostras (*Two Sample T-Test*, SNEDECOR; COCHRAN, 1989). Esta mesma estrutura é replicada na Tabela 3.2, onde comparamos a incidência de cada Tipo de Deficiência e os Níveis de Deficiência entre os beneficiários do BPC e os grupo de comparação.

Na Tabela 3.1, notamos um menor número de brancos e um maior número de pessoas pardas que recebem o benefício. No que se refere à Escolaridade, há uma concentração de indivíduos de baixa escolaridade (Ens. Fundamental, completo ou incompleto) que recebem o BPC. Há também uma parcela significativa de respostas "Não Aplicáveis" à questão de Escolaridade entre os beneficiários do BPC, essa categoria corresponde às crianças que ainda não possuem idade escolar e constituem grande parte das observações da base de dados. Isto está relacionado ao fato dos beneficiários do BPC serem, em geral, mais jovens do que aqueles que recebem outros benefícios. Notamos também que a proporção de beneficiários do BPC residentes na zona rural é aproximadamente 5 pontos percentuais maior em relação ao grupo de comparação. A razão entre sexos não é muito divergente entre os grupos. Estes resultados são, em geral, mais acentuados quando comparamos os beneficiários do BPC com o grupo que recebe algum outro benefício e atenuados quando comparamos com que não recebe nenhum outro benefício.

Tabela 3.1: Perfil Socio-Econômico dos Beneficiários

Variável	Total	BPC	Outros ou N. Bnf. (O+N)	Dif. BPC-(O+N)	P-Valor BPC-(O+N)	Outros Bnf. (O)	Dif. BPC-O	P-Valor BPC-O	Nenhum Bnf. (N)	Dif. BPC-N	P-Valor BPC-N
Raça (%):											
Branco	0.44	0.39	0.47	-0.08	0.00	0.49	-0.10	0.00	0.45	-0.07	0.00
Pardo	0.41	0.47	0.39	0.08	0.00	0.36	0.11	0.00	0.40	0.06	0.00
Preto	0.12	0.13	0.12	0.01	0.21	0.13	0.00	0.98	0.12	0.01	0.11
Amarelo	0.02	0.01	0.02	-0.01	0.03	0.02	-0.01	0.15	0.02	-0.01	0.04
Escolaridade (%):											
Ens. Fundamental	0.56	0.63	0.54	0.09	0.00	0.62	0.01	0.48	0.50	0.13	0.00
Ens. Médio	0.15	0.08	0.19	-0.10	0.00	0.23	-0.15	0.00	0.16	-0.08	0.00
Ens. Superior	0.07	0.01	0.09	-0.08	0.00	0.10	-0.09	0.00	0.08	-0.07	0.00
Não Aplicável	0.22	0.28	0.19	0.09	0.00	0.05	0.22	0.00	0.25	0.02	0.04
Residência (% Rural)	0.07	0.11	0.06	0.05	0.00	0.04	0.07	0.00	0.07	0.04	0.00
Sexo (% Mulher)	0.47	0.45	0.48	-0.03	0.02	0.52	-0.07	0.00	0.46	-0.01	0.29
Idade	27.22	17.51	30.97	-13.46	0.00	55.69	-38.18	0.00	22.13	-4.63	0.00
Faixa Etária:											
1 a 4 Anos	0.20	0.22	0.19	0.04	0.00	0.03	0.20	0.00	0.24	-0.02	0.07
5 a 10 Anos	0.20	0.28	0.16	0.12	0.00	0.04	0.24	0.00	0.20	0.08	0.00
11 a 17 Anos	0.14	0.20	0.12	0.08	0.00	0.04	0.16	0.00	0.15	0.05	0.00
18 a 59 Anos	0.30	0.24	0.32	-0.08	0.00	0.33	-0.09	0.00	0.32	-0.08	0.00
60 Anos ou Mais	0.17	0.05	0.21	-0.16	0.00	0.56	-0.50	0.00	0.09	-0.03	0.00
Renda Familiar (R$)	2362.27	2280.38	2402.12	-121.74	0.76	2371.39	-91.01	0.83	2405.01	-124.63	0.78
Qtd. Pessoas Domicílio	4.45	4.94	4.23	0.71	0.30	3.74	1.20	0.16	4.46	0.48	0.51

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de validação do IFBrM.

A renda média familiar considera o total após o recebimento dos benefícios monetários, o que pode explicar a ausência de diferença significativa entre os beneficiários do BPC e demais programas. A quantidade de pessoas que residem no mesmo domicílio é também apenas um pouco maior entre os beneficiários do BPC, com uma diferença não significativa em relação ao grupo de comparação.

Na Tabela 3.2 apresentamos a comparação entre os grupos de beneficiários com relação às prevalências dos Tipos e Níveis de Deficiência na amostra. O tipo de deficiência que apresenta maior diferença entre os beneficiários é o "Intelectual/Cognitivo", com uma proporção quase 11 pontos percentuais maior entre os beneficiários. Tal fato pode estar associado à concentração de indivíduos mais jovens entre os beneficiários do BPC. Além disso, todos os avaliados que recebem o BPC declaram algum tipo de deficiência, em comparação à 11% no grupo que recebe outros benefícios.

No segundo bloco de resultados, há grandes diferenças na prevalência de níveis de deficiência entre os beneficiários e não beneficiários. Em geral, os beneficiários do BPC apresentam perfis de deficiência avaliados pelo IFBrM como relativamente mais graves. A prevalência de níveis graves de deficiência é em torno de 24 pontos percentuais maior no grupo que recebe o BPC e o proporção de avaliados classificados como "Sem Deficiência" é quase 30 pontos percentuais menor neste grupo. Estes números por si já demonstram diferenças muito significativas entre os grupos, mesmo assim, quando consideramos a comparação entre os beneficiários do BPC e apenas os beneficiários de outros

programas, vemos que os resultados são ainda mais divergentes, com uma prevalência de apenas 8% de casos avaliados como graves entre o grupo que recebe outros benefícios.

Tabela 3.2: Perfil de Deficiência dos Beneficiários

Variável	Total	BPC	Outros ou N. Bnf. (O+N)	Dif. BPC-(O+N)	P-Valor BPC-(O+N)	Outros Bnf. (O)	Dif. BPC-O	P-Valor BPC-O	Nenhum Bnf. (N)	Dif. BPC-N	P-Valor BPC-N
Tipo de Deficiência (%):											
Auditivo	0.14	0.12	0.15	0.02	0.00	0.18	-0.06	0.00	0.14	-0.01	0.16
Intelectual/Cognitivo	0.23	0.31	0.20	-0.11	0.00	0.09	0.22	0.00	0.24	0.07	0.00
Físico	0.27	0.29	0.26	-0.03	0.01	0.35	-0.06	0.00	0.22	0.06	0.00
Visual	0.15	0.16	0.14	-0.03	0.00	0.18	-0.01	0.06	0.12	0.04	0.00
Mental/Psicossocial	0.14	0.11	0.15	0.03	0.00	0.13	-0.01	0.09	0.16	-0.04	0.00
Não Declarado	0.08	0.00	0.11	0.11	0.00	0.08	-0.08	0.00	0.12	-0.12	0.00
Nível de Deficiência (%):											
Sem Deficiência	0.31	0.10	0.40	0.30	0.00	0.60	-0.50	0.00	0.32	-0.22	0.00
Leve	0.16	0.15	0.16	0.01	0.08	0.12	0.03	0.00	0.18	-0.03	0.00
Moderado	0.28	0.33	0.26	-0.07	0.00	0.20	0.13	0.00	0.28	0.04	0.00
Grave	0.25	0.42	0.18	-0.24	0.00	0.08	0.34	0.00	0.22	0.21	0.00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de validação do IFBrM.

Os resultados anteriores nos indicam que o perfil de deficiência dos beneficiários é, seguindo a escala do IFBrM, mais restritivo do que aqueles que recebem algum outro ou nenhum benefício. Em nossas próximas análises, escolhemos como um grupo de comparação mais conservador a amostra que agrega tanto os beneficiários de outros programas quanto os não beneficiários de programa algum.

As Tabelas 3.3 e 3.4 apresentam, respectivamente, um sumário das características socioeconômicas na amostra entre cada tipo de deficiência e também entre cada nível de deficiência. De forma geral, a Tabela 3.3 mostra que a composição socieconômica é, em grande parte, divergente entre os tipos de deficiência. Estas divergências não podem ser interpretadas de forma clara.

Na Tabela 3.4 vemos que não existem grandes diferenças na composição racial entre os níveis de deficiência não nulos. No entanto, ao compararmos os grupos que de fato foram avaliados com algum nível de deficiência (Leve, Moderado ou Grave) com o grupo classificado como “Sem Deficiência”, há uma maior concentração de pretos e pardos no primeiro grupo. Os grupos com níveis Moderados ou Graves de deficiência apresentam uma escolaridade menor, mas este resultado pode estar atrelado à baixa idade nestes grupos quando comparados ao grupo sem deficiência.

Tabela 3.3: Perfil Socio-Econômico dos Beneficiários por Tipo de Deficiência

	Tipo de Deficiência				
Variável	**Auditivo**	**Cognitivo**	**Físico**	**Visual**	**Mental**
Raça (%):					
Branco	0.47	0.43	0.44	0.49	0.38
Pardo	0.39	0.42	0.41	0.40	0.45
Preto	0.12	0.13	0.13	0.10	0.15
Amarelo	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01
Escolaridade (%):					
Ens. Fundamental	0.62	0.65	0.49	0.50	0.66
Ens. Médio	0.18	0.06	0.17	0.17	0.19
Ens. Superior	0.09	0.01	0.06	0.09	0.04
Não Aplicável	0.11	0.28	0.28	0.23	0.12
Residência (% Rural)	0.07	0.08	0.09	0.10	0.03
Sexo (% Mulher)	0.49	0.37	0.46	0.51	0.46
Idade	36.30	15.76	28.86	29.57	27.79
Faixa Etária (%):					
1 a 4 Anos	0.12	0.24	0.26	0.21	0.07
5 a 10 Anos	0.18	0.33	0.14	0.17	0.17
11 a 17 Anos	0.11	0.19	0.10	0.10	0.27
18 a 59 Anos	0.29	0.19	0.31	0.34	0.38
60 Anos ou Mais	0.30	0.05	0.19	0.19	0.11
Renda Familiar (R$)	3133.93	2651.64	2297.12	1806.85	1753.53
Qtd. Pessoas Domicílio	5.36	4.45	3.86	5.70	3.82

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de validação do IFBrM.

Tabela 3.4: Perfil Socio-Econômico dos Beneficiários por Níveis de Deficiência

	Nível de Deficiência			
Variável	**Sem Deficiência**	**Leve**	**Moderado**	**Grave**
Raça (%):				
Branco	0.48	0.38	0.44	0.43
Pardo	0.38	0.48	0.41	0.42
Preto	0.12	0.11	0.13	0.13
Amarelo	0.02	0.02	0.02	0.02
Escolaridade (%):				
Ens. Fundamental	0.59	0.64	0.56	0.50
Ens. Médio	0.20	0.22	0.16	0.05
Ens. Superior	0.13	0.07	0.04	0.00
Não Aplicável	0.08	0.08	0.24	0.45
Residência (% Rural)	0.04	0.07	0.08	0.11
Sexo (% Mulher)	0.55	0.43	0.42	0.45
Idade	46.14	22.42	20.73	13.59
Faixa Etária (%):				
1 a 4 Anos	0.09	0.07	0.26	0.34
5 a 10 Anos	0.13	0.35	0.17	0.22
11 a 17 Anos	0.06	0.18	0.16	0.21
18 a 59 Anos	0.22	0.39	0.39	0.23
60 Anos ou Mais	0.50	0.01	0.02	0.00
Renda Familiar (R$)	2542.90	1898.45	2357.87	2432.80
Qtd. Pessoas Domicílio	4.31	3.72	4.76	4.75

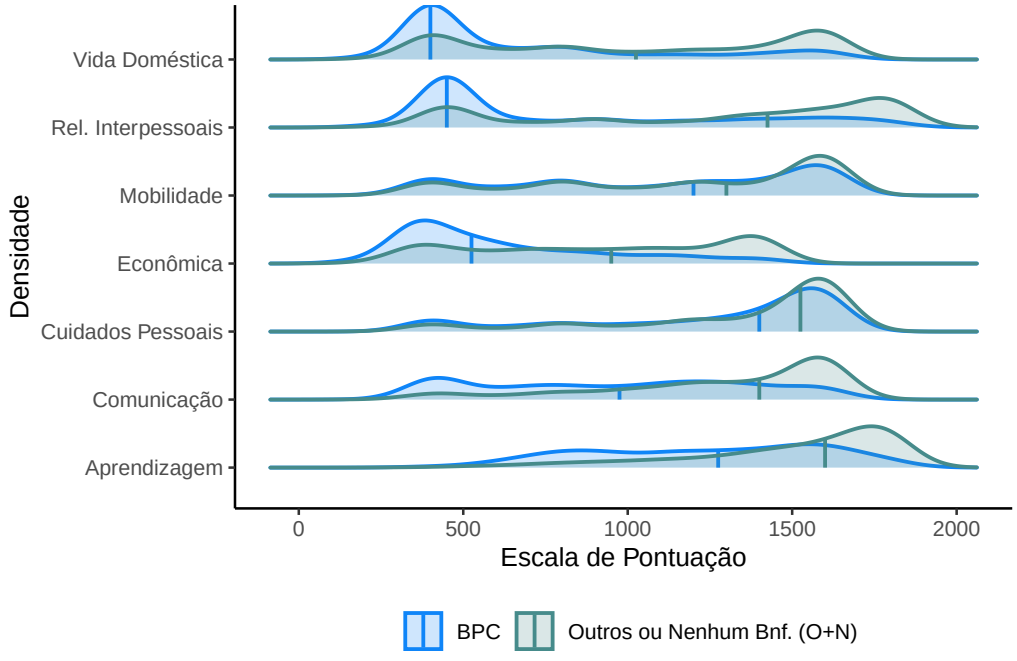
Fonte: Elaboração própria com base nos dados de validação do IFBrM.

3.2 Análise do Perfil de Deficiência entre os Beneficiários do BPC

Nesta seção apresentamos a análise dos dados buscando evidenciar as relações entre os tipos de deficiência, os domínios de atividades funcionais e o recebimento do BPC (em relação a beneficiários de outros programas ou que não recebem benefício algum). Conforme descrito na Seção 2.3, para empregar a própria pontuação final por domínio do IFBrM como uma medida de intensidade de deficiência — onde uma menor pontuação representa um maior nível de deficiência — utilizamos a soma das pontuações totais (por domínio) calculadas por dois avaliadores. Para que as somas sejam comparáveis, nos concentramos nesta análise exploratória somente nos indivíduos com idades entre 18 e 59 anos. Este grupo responde a todas as questões em cada domínio e, portanto, apresenta uma pontuação comparável. Além disso, este grupo corresponde à aproximadamente 30% de nossa amostra, sendo a maior faixa etária de pontuação comparável na amostra.

A Figura 3.1 mostra as distribuições das pontuações do IFBrM calculadas por Domínios entre os indivíduos beneficiários (em azul) e não beneficiários (em verde), com idade entre 18 a 59 anos. Nesta comparação, vemos que, em todos os domínios, os beneficiários do programa apresentam a pontuação mediana abaixo dos não beneficiários — o que indica um perfil de deficiência mais restritivo. Estas diferenças são mais acentuadas entre os domínios de "Vida Doméstica","Relações Interpessoais" e "Vida Econômica". É importante notar que, uma vez que os domínios não possuem o mesmo número de questões, a pontuação somada não é comparável *entre* domínios.

Figura 3.1: Distribuições e Medianas de Soma de Pontuação por Domínio e Recebimento do BPC entre indivíduos com idade entre 18 e 59 anos



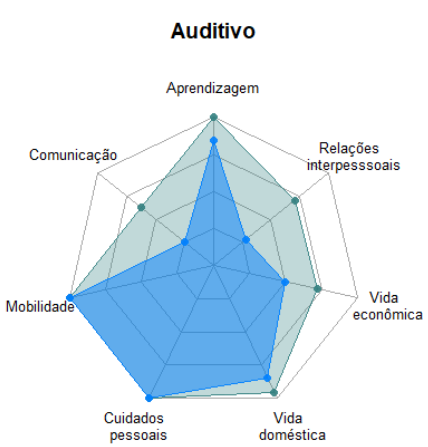
Fonte: Elaboração Própria com base nos dados de validação do IFBrM.

Aprofundando esta exploração dos dados, os gráficos presentes na Figura 3.2 apresentam as medianas das somas de pontuação em cada domínio, separadas por Tipos de Tipo de Deficiência, comparando os indivíduos de acordo com o status de recebimento do BPC. Nestes gráficos, podemos notar que em todos os tipos de deficiência, os beneficiários do BPC apresentam uma pontuação mediana menor ou igual à do grupo não beneficiário do programa, associada a um maior grau de deficiência. O perfil de deficiência entre os tipos "Intelectual-Cognitivo" (Figura 3.2b) e "Mental-Psicossocial" (Figura 3.2e) é minimamente mais restrito entre os beneficiários do programa, com diferenças mais pronunciadas entre os domínios de "Comunicação"e "Aprendizagem". Nessas deficiências, as pontuações medianas dos domínios de "Relações Interpessoais", "Vida Doméstica" e "Vida Econômica" já são muito baixas, independentemente do status de recebimento do BPC.

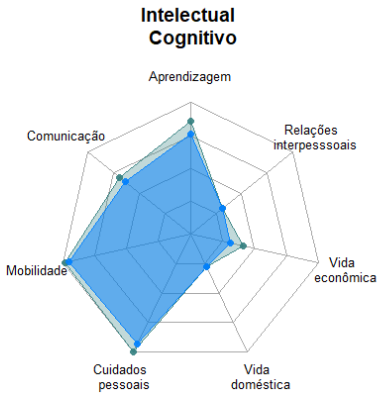
Já entre os tipos de deficiência "Auditivo" (Figura 3.2a), "Físico" (Figura 3.2c) e "Visual" (Figura 3.2d) as diferenças são mais acentuadas. Dentro do tipo de de deficiência "Auditivo" os domínios da "Comunicação" e Relações "Interpessoais" apresentam as maiores diferenças. Entre os portadores de deficiência física, as diferenças de pontuação entre beneficiários são grandes em todos os domínios, em que os beneficiados pelo BPC apresentam um perfil de deficiência muito mais restrito. Em geral, os gráficos nos mostram que nos domínios preponderantes de cada tipo de deficiência as pontuações já são muito baixas entre os dois grupos e não há diferenças entre eles, ou a pontuação é mais baixa para o grupo beneficiário do BPC.

Figura 3.2: Mediana das Somas de Pontuação por Domínios, Tipo de Deficiência e Recebimento do BPC entre indivíduos com idade entre 18 e 59 anos

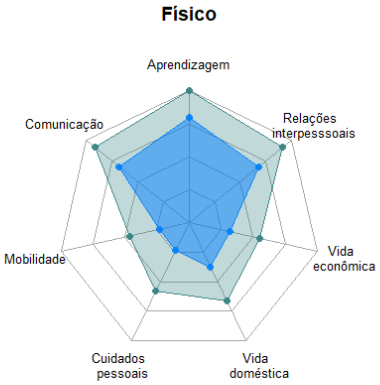
(a) Tipo de Deficiência: Auditivo



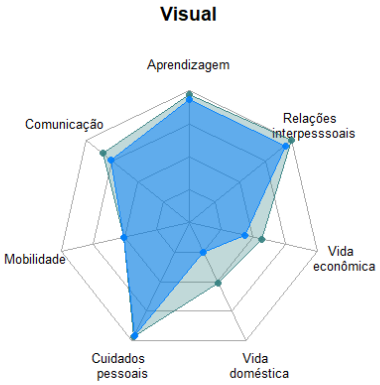
(b) Tipo de Deficiência: Cognitivo



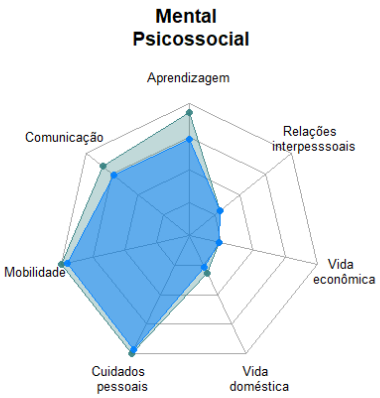
(c) Tipo de Deficiência: Físico



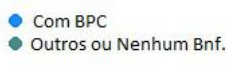
(d) Tipo de Deficiência: Visual



(e) Tipo de Deficiência: Mental



(f) Legendas



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados de validação do IFBrM.

4. Considerações Finais

A principal consideração desta análise exploratória é a de que os beneficiários do BPC apresentam um perfil de deficiências mais restritivo do os que recebem outros ou nenhum benefício. Além disso, os beneficiários do BPC também apresentam um perfil socioeconômico diferente. Quando comparados aos beneficiários de outros programas ou não beneficiários, os beneficiários do BPC são, em geral, mais jovens e — em grande parte — concentrados entre crianças e jovens de 5 a 17 anos de idade. Apresentam também uma menor escolaridade. Este grupo também apresenta uma maior concentração de residências na zona rural. Estas estimativas mostram na verdade que, além de um perfil de deficiência mais restrito, a composição do grupo de beneficiários do BPC é muito diferente em termos de idade. Entre os beneficiários do BPC, a prevalência de níveis de deficiência "Graves" chega a 42%. Um número alto quando comparado ao grupo que recebe outros ou nenhum benefício (18%) ou mesmo quando comparado ao *benchmark* teórico de 25% esperado para a amostra coletada.

As análises apresentadas na Seção 3.2 lidam, de alguma forma, com o problema da diferente composição etária entre os beneficiários do BPC e nos mostram que, mesmo ao considerar somente avaliados dentro da faixa etária de 18 a 59 anos, os beneficiários do BPC apresentam um perfil de deficiência mais restritivo em todos os domínios. Além disso, quando replicamos esta análise para cada tipo de deficiência, os beneficiários do BPC também apresentam medianas de pontuação total sempre menores ou iguais às dos que recebem algum outro ou nenhum benefício. Estas diferenças são mais acentuadas entre os tipos de deficiência "Auditivo", "Físico" e "Visual".

É importante notar que a comparação foi feita levando em conta o recebimento declarado — e portanto a escolha prévia — dos avaliados por diversos programas ou benefícios e não os critérios de recebimento (indisponíveis para os dados obtidos). É natural que esta decisão seja também consequência de fatores não observados como participação, experiência e histórico no mercado de trabalho. Uma vez que os beneficiários do BPC são mais jovens, é plausível que eles apresentem menos deficiências adquiridas ou em função de atividades insalubres e acidentes de trabalho, em oposição à deficiências congênitas ou hereditárias. Avaliados que já participaram do mercado de trabalho tenderiam a receber outros tipos de benefícios, como o"Auxílio-Doença" ou o "Auxílio-Acidente", ambos administrados pelo INSS. A comparação apresentada também não leva em conta fatores endógenos da relação econômica entre o grau de deficiência e o recebimento de algum benefício, uma vez que as deficiências mais leves podem permitir algum tipo de participação dos avaliados no mercado de trabalho, diminuindo a necessidade de algum benefício.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA SENADO. *Sancionada lei com critérios para concessão de BPC*. 2021. Acessado em 12/08/2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/23/sancionada-lei-com-criterios-para-concessao-de-bpc>. Citado na página 5.

BRASIL. *Lei nº. 8.742. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social*. 1993. Citado na página 5.

BRASIL. *Lei Nº 13.146, de 6 de julho 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. 2015. Citado na página 5.

RESENDE, M. et al. *Produto 11 – Documento Técnico e Analítico Final: Análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras*. Brasília, DF, 2019. Citado 4 vezes nas páginas 5, 7, 9 e 12.

RESENDE, M. et al. *Revisões Referentes ao Produto 11 — Documento técnico e analítico final*. Brasília, DF, 2021. Citado 3 vezes nas páginas 7, 9 e 11.

SNEDECOR, G. W.; COCHRAN, W. G. *Statistical Methods*. Ames, Iowa: Iowa State University Press, 1989. v. 1191. Citado na página 13.

AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA



SETEMBRO
2021

DETERMINANTES DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

EVEX Enap

Expediente

Presidente
Diogo Costa

Diretora-Executiva
Rebeca Loureiro de Brito

Diretora de Altos Estudos
Diana Coutinho

Diretor de Educação Executiva
Rodrigo Torres

Diretor de Desenvolvimento Profissional
Paulo Marques

Diretora de Inovação
Bruna Santos

Diretora de Gestão Interna
Alana Regina Biagi Silva Lisboa

Coordenação Geral de Ciência de Dados
Leonardo Monasterio

Autoria
Giovanni Di Pietra
Willian Adamczyk

Capa e Diagramação
Samyra Lima

Imagens
Unsplash

O Evidência Express (EvEx), iniciativa da Diretoria de Altos Estudos da Escola Nacional de Administração Pública (Enap), é uma equipe de pesquisadores focada em reunir, sintetizar e fornecer evidências para o desenho, monitoramento e avaliação de políticas públicas. A missão do EvEx é gerar produtos ágeis, priorizando a qualidade das informações.

Avaliações completas de uma política pública são intensivas em tempo e custos, necessitando de uma visão sistêmica do problema e do tema investigado. A fim de agilizar os processos de avaliação, o EvEx se propõe a produzir atividades de consolidação do conhecimento disponível e produção de novos pontos de vista.

Os resultados dos produtos EvEx apoiam tomadores de decisão do setor público federal, subsidiando avaliações Ex Ante ou Ex Post. Beneficiam também os gestores públicos locais, demais pesquisadores, alunos, docentes, servidores e entidades da sociedade civil.

Os produtos do EvEx analisam evidências qualitativas e quantitativas acerca de um problema, podendo ser demandados de forma avulsa ou em pacotes, sobre:

- Magnitude e evolução do problema no Brasil e no mundo.
- Causas e consequências do problema.
- Soluções de enfrentamento do problema existentes no Brasil e no mundo.
- Público-alvo ou afetado pelo problema ou política.
- Evidências de impacto de soluções existentes.

Para maiores informações, entre em contato: evidencia.express@enap.gov.br.

Boa Leitura!

Sumário Executivo

- Descrevemos as características do atual instrumento do BPC e mostramos quais dimensões apresentam maior importância teórica e empírica para a concessão.
- Utilizamos tanto a Tabela Conclusiva de Qualificadores (TCQ) quanto uma seleção de dados que inclui mais de 1.3 milhões de avaliações.
- O efeito causal médio de cada qualificador na concessão do BPC é a proporção de casos onde o mesmo decide pela concessão: Fatores Ambientais (13.6%), Atividades e Participação (26.2%) e Funções do Corpo (22.3%), calculados nos dados.
- A TCQ atribui importância nula ao primeiro qualificador (0.8%) e idêntica aos últimos dois (12%). Os efeitos divergem pois os dados concentram combinações da TCQ "mais decisivas".
- Apesar de o instrumento de avaliação do BPC ser multidisciplinar, a regra de concessão depende mais da avaliação médica do que da avaliação social.
- A TCQ prevê que um aumento completo na pontuação "médica" (18.7 p.p.) levaria a uma probabilidade de concessão do benefício quase três vezes maior do que um aumento nas pontuações "sociais" (6.1 p.p.).
- Efeitos de um aumento completo são maiores nos dados, mas a diferença é atenuada: avaliador médico (36.9 p.p.) e avaliador social (25.3 p.p.).
- Apresentamos uma modelo para entender quais variáveis indiretas das avaliações mais afetam as pontuações dos qualificadores e qual seu efeito indireto na concessão do benefício. Estes resultados tem uma intrepretação preditiva.
- O qualificador mais afetado por estas variáveis indiretas é o de "Funções do Corpo" e o menos afetado é o de "Fatores Ambientais"
- Variáveis da avaliação médica têm um efeito indireto maior na concessão do benefício do que variáveis relativas a características ambientais, coletadas durante a avaliação social.
- É importante notar que este estudo não pretende julgar a adequação do instrumento do BPC para a avaliação da deficiência, apenas inferir sobre a forma com que dimensões do instrumento afetam, direta ou indiretamente, a concessão do benefício.



Sumário

1 Introdução e Contexto 5

2 Dados e Estratégia Empírica 7

2.1 Dados e Características do Instrumento de Avaliação do BPC 7

2.2 Estratégia Empírica 11

2.2.1 Modelo para o Efeito dos Qualificadores na Concessão 11

2.2.2 Modelo para os Qualificadores e Efeitos Indiretos na Concessão 14

3 Resultados 18

3.1 Efeito Causal dos Qualificadores na Concessão do BPC 18

3.2 Efeitos Diretos e Indiretos dos Preditores na Concessão do BPC 21

4 Considerações Finais 25

Referências Bibliográficas 27



1. Introdução e Contexto

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover o próprio sustento, nem de tê-lo provido por sua família. O BPC é prestado pelo INSS e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993). Os critérios de concessão são atualmente regulamentados pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência, LBI) - Lei 13.146, de 6 de Julho de 2015. (BRASIL, 2015a) e implementado pelos instrumentos de avaliação descritos na Portaria Conjunta MDS/INSS nº2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b).

Segundo a LBI (Art. 2, parágrafo 1º), a avaliação da deficiência deve ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar. A avaliação deve considerar: i) os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; ii) os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; iii) a limitação no desempenho de atividades; e iv) a restrição de participação.

O debate para um novo modelo de avaliação da deficiência ocorre no Brasil desde 2008. As proposições são baseadas não apenas na visão biomédica — que entende a deficiência como uma patologia — mas na compreensão de que a deficiência resulta da interação entre limitações biomédicas com as barreiras sociais que impedem a participação plena da pessoa com deficiência na sociedade. Enquanto não estiver regulamentado o instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência, a concessão do BPC dependerá de avaliação médica e avaliação social realizadas nos termos da Portaria Conjunta MDS/INSS nº2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b). Respectivamente, as avaliações são realizadas independentemente pela perícia médica federal e pelo serviço social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com a utilização de instrumentos apresentados especificamente para esse fim.

Sendo assim, há espaço para divergências quanto à importância atribuída aos dois tipos de avaliações consideradas para a concessão do BPC. Mesmo que o instrumento de concessão contemple dimensões biopsicossociais, incluindo os aspectos biomédicos, ambientais e sociais, é possível que exista uma preponderância da avaliação médica. As diferenças de peso na pontuação de concessão podem resultar da aplicação do atual formato do instrumento. Além disso, não há — até o presente momento — uma análise bem estabelecida da importância que cada uma destas dimensões exerce no instrumento de concessão do BPC.

Neste trabalho, tendo como base as diretrizes da Portaria Conjunta MDS/INSS nº2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b) e os dados do Sistema Integrado de Benefícios – SIBE BPC/LOAS, estudamos o impacto teórico e empírico de cada um dos qualificadores de deficiência, definidos como

"Fatores Ambientais", "Atividades e Participação" e "Funções do Corpo".

Nossa abordagem explica o quanto da decisão de concessão ou rejeição do benefício depende da pontuação em suas dimensões e de outras informações coletadas durante as avaliações sociais e médicas. Buscamos entender até que ponto e no atual sistema de avaliação da deficiência, o profissional médico pode ser considerado um *gatekeeper* do acesso ao benefício. Em uma segunda etapa de nossa análise, estudamos quais e como fatores observáveis — indiretos à geração das pontuações dos qualificadores e coletados durante as avaliações — predizem as pontuações geradas para os qualificadores e, indiretamente, como estes fatores predizem a concessão do BPC.

Nossos resultados indicam que, segundo a Tabela Conclusiva de Qualificadores (TCQ), as regras que definem a concessão do benefício atribuem, *a priori*, uma importância praticamente nula aos "Fatores Ambientais" e uma importância idêntica a "Atividades e Participação" e "Funções do Corpo". Nossos resultados mostram que, apesar de o instrumento de avaliação do BPC ser multidisciplinar, a regra de concessão é potencialmente mais dependente dos produtos da avaliação médica do que da avaliação social. Um aumento completo na pontuação definida pela avaliador médico (18.7 p.p.) levaria a uma probabilidade de concessão do benefício quase três vezes maior do que um aumento nas pontuações definidas na avaliador social (6.1 p.p.).

Contudo, nos dados analisados, vemos que os qualificadores apresentam efeitos diferentes dos planejados pela TCQ. Por exemplo, a única combinação — dentre as 125 — em que a pontuação de "Fatores Ambientais" causa a concessão do benefício responde por mais de 13% das avaliações selecionadas, exacerbando a importância deste qualificador em relação ao calculado na TCQ. Nos dados, o qualificador que mais afeta a concessão do benefício é o de "Atividades e Participação" (26.2 p.p.). Quando comparamos os dois avaliadores, diminui a diferença de importância relativa entre tipos de avaliação, com um aumento completo na avaliação social associado a 25.3 p.p. a mais na probabilidade de concessão do BPC e um aumento completo na avaliação médica esta associado a 36.9 p.p. a mais na probabilidade de concessão do BPC. Uma explicação clara para esta divergência entre os resultados calculados na TCQ e nos dados está na distribuição de avaliações observadas, na qual os casos "mais decisivos" são empiricamente muito mais relevantes.

Mostramos, por fim, que as pontuações em cada qualificador podem ser afetadas, em algum grau, por variáveis "indiretas", produzidas pelas avaliações social e médica, mas que não compõe diretamente as pontuações. Neste sentido, variáveis produzidas pela avaliação médica têm um efeito indireto maior na concessão do benefício do que variáveis relativas à características ambientais, coletadas durante a avaliação social.

É importante ressaltar que não é objetivo deste trabalho avaliar a adequação ou composição dos qualificadores dos componentes que caracterizam a decisão do BPC. Apura-se, apenas, quais são os fatores mais associados à concessão do BPC e como cada qualificador afeta a concessão do BPC no instrumento atual.



2. Dados e Estratégia Empírica

A sessão descreve os dados do Sistema Integrado de Benefícios — SIBE BPC/LOAS, os critérios de seleção da amostra utilizada neste trabalho e estratégia empírica escolhida para responder às perguntas de pesquisa. A subseção 2.1 apresenta os Dados e Características do Instrumento de Avaliação do BPC. Em 2.2 detalha-se a Estratégia Empírica, explicando-se os modelos utilizados para obter os efeitos diretos e indiretos dos qualificadores na concessão do BPC.

2.1 Dados e Características do Instrumento de Avaliação do BPC

Os dados analisados compreendem todo o universo de avaliações de concessão do BPC realizadas e armazenadas pelo Sistema Integrado de Benefícios — SIBE BPC/LOAS. Os dados anonimizados foram fornecidos pela Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH).

O instrumento vigente de avaliação da deficiência para a concessão do BPC, definido pela Portaria Conjunta MDS/INSS nº2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b), indica que os requerentes do benefício devem passar por duas etapas de avaliação: Avaliação Social e Avaliação Médica, nesta ordem. Pelo Art. 2º da LBI, "considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" (BRASIL, 2015b). Desta forma, a característica necessária para caracterizar a deficiência é a impossibilidade de recuperação completa do requerente num prazo de dois anos, sendo que esta característica é julgada na avaliação médica.

A partir deste ponto a concessão é completamente determinada pela Tabela Conclusiva de Qualificadores (TCQ) na Portaria Conjunta MDS/INSS nº2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b), composta pelos seguintes qualificadores:

1. Fatores Ambientais, em que os componentes são todos preenchidos pelos dados coletados na Avaliação Social;
2. Atividades e Participação, em que os componentes são preenchidos pelos dados coletados em menor parte pela Avaliação Social (4/9) e na maior parte pela Avaliação Médica (5/9); e
3. Funções do Corpo, em que os componentes são todos preenchidos pelos dados coletados na Avaliação Médica.

Os componentes de cada qualificador são descritos no ANEXO II da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015. En resumo, os componentes da pontuação final nes-

tes qualificadores baseiam-se nos mesmos parâmetros estabelecidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde — CIF, pontuados como:

a) Nenhuma alteração ou nenhuma dificuldade (Classificação: "Nenhuma", Pontuação: 0) – Grau de Impedimento: 0-4%;

b) Alteração leve ou dificuldade leve (Classificação: Leve, Pontuação: 1) – Grau de Impedimento: 5-24%;

c) Alteração moderada ou dificuldade moderada (Classificação: Moderada, Pontuação: 2) – Grau de Impedimento: 25-49%;

d) Alteração grave ou dificuldade grave (Classificação: Grave, Pontuação: 3) – Grau de Impedimento: 50-95%; e

e) Alteração completa ou dificuldade completa (Classificação: Completa, Pontuação: 4) – Grau de Impedimento: 96-100%.

Em consonância com a LBI, a avaliação é multiprofissional e interdisciplinar, sendo realizada separadamente por um médico perito e um avaliador social. Desta forma, o qualificador de "Fatores Ambientais" é composto pela soma ponderada das pontuações dos cinco componentes, de forma que o máximo desta soma seja "100". Estes cinco componentes se relacionam com os domínios presentes no instrumento de avaliação, cuja responsabilidade de preenchimento recai sobre o avaliador social. A regra descrita anteriormente é então aplicada ao resultado desta soma.

Da mesma forma, o qualificador de "Atividades e Participação" é composto pela soma ponderada de nove componentes. O preenchimento destes componentes é de responsabilidade mista entre o avaliador social e o perito médico, cabendo ao avaliador social o preenchimento de quatro destes componentes e, ao perito médico, cinco destes componentes.

O perito médico é responsável por avaliar integralmente os domínios presentes no qualificador "Funções do Corpo". A pontuação deste qualificador adota, no entanto, uma regra diferente, onde a pontuação final é determinada pelo máximo das pontuações de seus oito componentes. A pontuação final no qualificador de Funções do Corpo é ainda sujeita a uma majoração de acordo com outros dois quesitos de competência do perito médico. Ou seja, se for constatada — de forma não cumulativa — a existência de "alterações na estrutura do corpo que configuram maiores limitações e restrições ao avaliado do que as alterações observadas em funções do corpo" (Alteração do Corpo) ou que "as alterações observadas em funções e/ou estruturas do corpo configuram prognóstico desfavorável" (Prognóstico Desfavorável) a pontuação final deste qualificador recebe aumento de uma categoria, com a categoria máxima não afetada.

Os dados disponíveis cobrem mais de 2.54 milhões de avaliações. Para descrever e explorar o problema em questão, utilizamos apenas as avaliações completas que incluem tanto uma avaliação

social quanto uma avaliação médica, selecionando somente casos em que não houve dispensa de alguma destas avaliações. Excluímos avaliações nas quais o motivo não seja a deficiência, como a concessão do benefício por idade. Uma vez que o foco é estudar comparativamente os fatores, selecionamos apenas avaliações da versão atual (2015) do instrumento de avaliação da deficiência do BPC. Por fim, utilizamos apenas avaliações que atendem ao critério mínimo para a deficiência, ou seja, em que o avaliador médico julgou que não há a possibilidade de recuperação completa num período de dois anos. Este último corte representa cerca de 6.5% das avaliações antes de sua implementação. O número de avaliações restantes utilizadas é de aproximadamente 1.3 milhões, cobrindo um período de Maio de 2015 a Abril de 2021.[1]

A Tabela 2.1 apresenta as descrições de todas as variáveis utilizadas neste trabalho. Para a avaliação do efeito dos qualificadores na concessão do benefício, apenas o grupo de *Variáveis de Resultado* é utilizado. Para a subsequente avaliação dos fatores que afetam os qualificadores, utilizamos também as *Variáveis de Controle* e *Efeitos Fixos*. Os dados populacionais selecionados apresentam uma concessividade de aproximadamente 50.3%, o que é compatível com a população selecionada para outros estudos, porém maior do que a concessividade média na TCQ de 36.6%.

Para estudar quais fatores observáveis são capazes de predizer as pontuações em qualificadores, analisamos os efeitos de perguntas específicas das avaliações: Alterações do Corpo, Prognóstico Desfavorável, Recuperação Completa, Risco Social (indicado na Avaliação Médica e na Avaliação Social), Ausência de Proteção Social e Ausência de Exames. Apesar de estarem correlacionadas com outros componentes e dimensões dos qualificadores, essas variáveis não compõe diretamente as pontuações utilizadas para o cálculo inicial das pontuações finais dos qualificadores. Por esse motivo, são tomadas aqui como variáveis *indiretas* do instrumento de avaliação, sendo reportadas pelos avaliadores fora dos campos de preenchimento dos itens do instrumento. Contudo, conforme discutido nesta seção, há uma relação mecânica entre as pontuações recalculadas do qualificador de "Funções do Corpo". Esta relação é discutida na Seção 3.2, quando tratamos dos resultados nossa estratégia empírica em relação às pontuações nos qualificadores.

Por fim, incluímos em nossos modelos variáveis demográficas e socioeconômicas como *variáveis de controle* ou *efeitos fixos*: Local de Moradia, Grau de Instrução, Sexo, Estado Civil, Tipo de Deficiência Informada, Idade, Categoria Principal da CID-10 e Município. Estas variáveis não devem afetar as pontuações ou a concessividade do instrumento. Entretanto, elas possivelmente se correlacionam com outros fatores não observáveis, como o "verdadeiro" grau de impedimento geral de cada avaliado, ou com características ambientais que afetam dimensões capturadas pelos qualificadores (como a situação de pobreza de um avaliado). Todas estas variáveis são incluídas nos modelos como indicadoras de suas categorias e nenhuma edição, em relação aos dados brutos, é realizada.

[1] A distribuição de avaliações durante os anos considerados em nossa seleção de dados é: 2015 (N = 131 033, Freq. = 10.1%); 2016 (N = 362 226, Freq. = 27.9%); 2017 (N = 277 972, Freq. = 21.4%); 2018 (N = 234 995, Freq. = 18.1%); 2019 (N = 155 401, Freq. = 11.9%); 2020 (N = 85 508, Freq. = 6.6%) e 2021 (N = 53 416, Freq. = 4.1%).

Anexo Análise comparativa determinantes - EvEx (2929100) SEI 00135.209348/2022-59 / pg. 232

Tabela 2.1: Descrição e Estatísticas descritivas das Variáveis do SIBE

Variável	Descrição	Fonte	Obs	Média	DP
Variáveis de Resultado					
Resultado Favorável (BPC)	Variável que indica Sim (1) ou Não (0) se avaliado preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/93, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao BPC.	Resultado	1 300 551	0.504	0.5
Q1: Fatores Ambientais	Ver Página 4 do ANEXO III da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015	Resultado	1 300 551	2.704	0.5
Q2: Atividades e Participação	Ver Página 4 do ANEXO III da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015	Resultado	1 300 551	2.049	0.724
Q3: Funções do Corpo	Ver Página 4 do ANEXO III da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015	Resultado	1 300 551	2.017	1.073
Variáveis Preditoras					
Alteração do Corpo	Indicador de Sim (1) ou Não (0) para alterações na estrutura do corpo que configuram maiores limitações e restrições ao requerente. Ver Página 12 do ANEXO I da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015 para pergunta exata.	Av. Médica	1 300 551	0.08	0.271
Prognóstico Desfavorável	Indica se existe alteração importante na estrutura do corpo que configure prognóstico desfavorável. Ver Página 12 do ANEXO I da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015 para pergunta exata. Categorias Não (0), Sim (1) e Impossível Prever (2).	Av. Médica	1 300 551	1.379	0.872
Recuperação Completa	Indica perspectiva de recuperação completa, onde "Não (0)"em um implica indeferimento. Ver Página 12 do ANEXO I da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015 para pergunta exata. Categorias Não (0), Sim (1) e Impossível Prever (2).	Av. Médica	1 300 551	1.258	0.966
Risco Social (Av. Social)	Indicador de Sim (1) ou Não (0) para Risco Social, constatado na avaliação social. Ver Página 16 do ANEXO I da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015 para pergunta exata.	Av. Social	1 300 551	0.009	0.096
Risco Social (Av. Médica)	Indicador de Sim (1) ou Não (0) para Risco Social, constatado na avaliação médica.	Av. Médica	1 300 516	0.002	0.046
Ausência Proteção Social	Indicador de Sim (1) ou Não (0) para Ausência de Proteção Social, Familiar e/ou Comunitária, entre outras. Ver Página 7 do ANEXO I da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015 para pergunta exata.	Av. Social	1 300 516	0.006	0.076
Ausência Exames	Indicador de Sim (1) ou Não (0) para explicitar se o periciado apresentou exames/laudos. Esta informação poderia ser inferida pela ausência de registro em 'Exame Apresentado', porém, por regra de negócio é declaratória.	Av. Médica	1 297 364	0.765	0.424
Controles					
Local de Moradia	Variável Categórica do tipo de moradia do integrante do beneficiário. Categorias: 0 - Vive em residência, 1 - Vive internado na instituição, 2 - Vive em situação de rua e 3 - Vive em instituição carcerária.	Cadastro	1 300 513	0.019	0.171
Grau de Instrução	Variável Categórica para o Grau de Instrução da Pessoa Física. Categorias: 0 - Não informado, 1 - Analfabeto, 2 - Até 4a série 1º grau (Primário) incompleta, 3 - 4ª série 1º grau completa, 4 - 5a a 8a série incompleta (ginasial), 5 - 1º grau (Ginasial) completo, 6 - 2º grau (Colegial) incompleto 7 - 2º grau (Colegial) completo, 8 - Superior Incompleto 9 - Superior Completo 10 - Não Classificado	Cadastro	1 278 457	-	-
Sexo	Sexo do Beneficiário. Categorias: 1 - Masculino e 3 - Feminino	Cadastro	1 300 515	1.967	0.999
Estado Civil	Variável Categórica para o estado Civil do beneficiário. Categorias: 1 - Solteiro(a), 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a), 4 - Divorciado(a), 5 - Separado(a) judicialmente e 6 - União estável	Cadastro	1 276 592	-	-
Deficiência Informada	Múltiplas indicadoras para as deficiências informadas pelo entrevistado: 1. Deficiência Visual, 2. Deficiência Auditiva, 3. Deficiência no Aparelho Locomotor, 4. Deficiência Intelectual, 5. Deficiências múltiplas, 6. Transtorno Mental, 7. Doença Crônica, 8. Não sabe informar e 9. Outras.	Av. Social	1 300 546	-	-
Efeitos Fixos					
Idade	Idade calculada com base na Data de Nascimento à Data da Avaliação Social. Valores de 0 a 70.	Av. Social	1 300 515	34.949	20.817
CID-10 (Principal)	Código CID-10 Principal constatado pelo perito médico, contém 7865 categorias.	Av. Médica	1 300 515	-	-
Município	Número do Município da Pessoa Física, contém 5567 categorias.	Cadastro	1 300 515	-	-

Notas: Variáveis obtidas através dos bancos de dados de: Resultado da Avaliação, Avaliação Médica, Avaliação Social e Cadastro do Beneficiário do SIBE-BPC/LOAS. A população selecionada selecionada nos dados exclui todas as observações cuja resposta computada na variável Recuperação Completa é "Sim (1)".

2.2 Estratégia Empírica

2.2.1 Modelo para o Efeito dos Qualificadores na Concessão

Uma vez que a deficiência é identificada como de "longo prazo", quando não há a possibilidade de recuperação completa num prazo de dois anos, a concessão do benefício é realizada a partir dos critérios definidos pela Tabela Conclusiva de Qualificadores (TCQ). A TCQ atribui pontuações de acordo com seus três "Qualificadores", que denotamos como Q_k, caracterizado pelas Pontuações (Categorias): 0 (Nenhuma) 1 (Leve), 2 (Moderada),3 (Grave), 4 (Completa). Desta forma Q_1: Fatores Ambientais, Q_2: Atividades e Impedimentos e Q_3: Funções do Corpo.

Para compreender o papel dos qualificadores na concessão ou rejeição do BPC, pode-se pensar nas regras de concessão definidas pela TCQ, considerando cada caso c definido pelas combinações de todas as pontuações finais de resultados possíveis das avaliações social e médico-pericial da pessoa com deficiência para acesso ao benefício. Desta forma, definimos:

$$BPC_c = f(Q_{c,1}, Q_{c,2}, Q_{c,3}) \ , \tag{2.1}$$

em que $BPC_c \in \{0,1\}$ representa a variável indicadora no mecanismo de avaliação do BPC para um resultado favorável à concessão do benefício. A Equação (2.1) proposta em nossa abordagem empírica caracteriza a variável BPC_c como uma função determinística do vetor de qualificadores $\mathbf{Q}_c = (Q_{c,1}, Q_{c,2}, Q_{c,3})$.[2]

Neste cenário, podemos extrair o efeito "causal" de cada um dos qualificadores na concessão do benefício, para cada uma das combinações (ou casos) possíveis da TCQ, pois sabemos exatamente qual seria o resultado de BPC_c se a pontuação fosse um nível menor neste qualificador, mantendo os outros dois constantes.

Por exemplo, no caso numerado como 62 na TCQ temos que $BPC(\mathbf{Q}_{c=62}) = f(Q_1 = 3, Q_2 = 2, Q_3 = 2) = 1$, este é o resultado factual desta combinação de qualificadores. Com a própria TCQ, podemos obter o resultado contrafactual caso o qualificador Q_1 fosse uma gradação menor. Definimos este resultado contrafactual como $BPC(\mathbf{Q}^{*1}_{c=62}) = f(Q_1 = 2, Q_2 = 2, Q_3 = 2) = 0$. Comparando o resultado factual e o contrafactual:

$$BPC(\mathbf{Q}_{c=62}) - BPC(\mathbf{Q}^{*1}_{c=62}) = 1 - 0 = 1 \ , \tag{2.2}$$

o que nos diz que, nesta combinação, um aumento do qualificador Q_1 causou o resultado favorável à

[2] Diferentemente de outras opções de modelagem econométrica para uma variável dependente binária, a concessão é completamente caracterizada pelos três qualificadores resultantes das avaliações social e médica. Desta forma, não é plausível assumir que exista algum erro populacional e, consequentemente, não existe uma distribuição teórica que caracterize um modelo de variável dependente binária (WOOLDRIDGE, 2010). Específicamente em nosso contexto de avaliação, temos que: $P(BPC_c = 1 \mid \mathbf{Q}_c) = E[BPC_c \mid \mathbf{Q}_c] = f(\mathbf{Q}_c)$, onde a função $f(\mathbf{Q}_c)$ é conhecida e dada pela TCQ.

concessão do BPC. Seguindo esta lógica, definimos então:

$$m_{c,k} = BPC(\mathbf{Q}_c) - BPC(\mathbf{Q}_c^{*k}) \,, \tag{2.3}$$

ou, simplesmente:

$$m_{c,k} = (BPC \text{ em } c) - (BPC \text{ contrafactual de } c, \text{ decrescido de 1 pontuação em } Q_k) \,, \tag{2.4}$$

como **o efeito causal** do qualificador k na concessão do benefício em uma combinação (caso) c, com $BPC(\mathbf{Q}_c^{*k})$ representando o resultado contrafactual do qualificador k, para cada combinação c. Este efeito causal é um conceito pontual, ou seja, varia para cada combinação c possível.[3] A Tabela 2.2 apresenta alguns dos casos possíveis da TCQ e seus valores de $m_{c,k}$.[4]

Tabela 2.2: Exemplos Selecionados de Casos da TCQ e Efeito Causais

Caso (c)	Chave	Fatores Ambientais (Ptc.)	Atividades e Participação (Ptc.)	Funções do Corpo (Ptc.)	Resultado Favorável (BPC)	$m_{c,1}$	$m_{c,2}$	$m_{c,3}$
32	c333	Grave (3)	Grave (3)	Grave (3)	Sim (1)	0	0	0
37	c323	Grave (3)	Moderada (2)	Grave (3)	Sim (1)	0	1	0
62	c322	Grave (3)	Moderada (2)	Moderada (2)	Sim (1)	1	1	1
87	c321	Grave (3)	Moderada (2)	Leve (1)	Não (0)	0	0	0
92	c311	Grave (3)	Leve (1)	Leve (1)	Não (0)	0	0	0

Notas: Casos selecionados da Tabela Conclusiva de Resultados (TCQ), apresentada ANEXO IV da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015

No contexto de um modelo de variável dependente binária, há várias formas de sumarizar os efeitos causais. Em nosso caso, o parâmetro de interesse é o **Efeito Causal Médio** de cada qualificador k, definido pela equação

$$M_k = E_C\left[m_{c,k}\right] = \text{Média de } m_{c,k} \text{ em } C \,. \tag{2.5}$$

O Efeito Causal Médio é representativo dos efeitos causais entre todas as combinações possíveis, dado pele média destes efeitos causais entre todas as combinações.[5] Como $m_{c,k}$ é uma medida que assume valores iguais à 0 **ou** 1, o parâmetro M_k — uma média dos efeitos causais — é um número **entre** 0 **e** 1

[3] Uma vez que $BPC(\mathbf{Q}_c)$ é uma função determinística discreta, $m_{c,k} = BPC(\mathbf{Q}_c) - BPC(\mathbf{Q}_c^{*k}) = \frac{\Delta BPC(\mathbf{Q}_c)}{\Delta Q_{c,k}}$ representa também o diferencial parcial na direção do argumento da função que representa o qualificador k.

[4] Adotamos, por definição, $BPC(\mathbf{Q}_c^{*k}) = BPC(\mathbf{Q}_c)$ quando $Q_k = 0$ (Nenhuma) e, portanto, $m_{c,k} = 0$. Esta definição é razoável e significa que, caso a nota expressa pelo qualificador k já seja a nota mínima, dentro dos parâmetros considerados pelo sistema de avaliação do BPC e TCQ, uma nota ainda menor não poderia mudar o resultado definido para a concessão naquele caso. Além disso, sendo uma função conhecida das variáveis aleatórias $Q_{c,k}$, o efeito causal $m_{c,k}$ também pode ser entendido como uma variável aleatória.

[5] Formalmente, a definição de Rubin de um Efeito Causal Médio é a diferença média entre os resultados potenciais sob diferentes condições manipuláveis. O Efeito Causal Médio poderia ser definido como o Efeito Marginal Médio, dado por $M_k = E\left[\frac{\Delta P(BPC_c=1|\mathbf{Q}_c)}{\Delta Q_{c,k}}\right] = E\left[m_{c,k}\right]$ e é uma medida para o efeito de cada qualificador sobre a probabilidade de $BPC_c = 1$ e — neste caso — sobre a própria variável BPC_c.

e representa o "peso" que cada qualificador k exerce, em média, na concessão do benefício segundo a tabela conclusiva. A interpretação mais direta para o Efeito Causal Médio é o percentual de casos onde o qualificador "causou" a concessão do benefício. Por exemplo, $M_k = 0.1$ significa que em 10% das combinações possíveis o qualificador k causou um resultado favorável à concessão do benefício.

Note que, apesar de chamados de "pesos", a soma dos efeitos causais de cada qualificador não deve igualar "1" ou mesmo proporção de casos que concedem BPC. O termo "peso" faz uma alusão somente ao fato de que, nestes casos, uma nota maior em um qualificador fez com o que o resultado fosse alterado. A soma dos efeitos causais não é diretamente informativa uma vez que, para um mesmo caso da TCQ, mais de um qualificador pode ter causado aquele resultado favorável. Por exemplo, no caso 62, discutido anteriormente, qualquer diminuição em um dos qualificadores levaria a um resultado não favorável pelo benefício, portanto, neste caso os três qualificadores causaram o resultado favorável.

Passando da TCQ para os Dados

O conteúdo informativo do Efeito Causal Médio é dado tanto pelo efeito causal em cada combinação quanto pela distribuição destas combinações numa população de interesse. Ao considerar a distribuição de combinações apresentadas na TCQ, onde cada unidade representa um caso $c \in \{1,\ldots,C\}$, implicitamente assumimos que distribuição das combinações de qualificadores é uniforme, o que não é compatível com a realidade observada nas avaliações.

Em nossos dados populacionais de tamanho N, cada observação $i \in \{1,\ldots,N\}$ representa uma avaliação completa e **contém** uma combinação de qualificadores $\mathbf{Q}_i$, de forma que cada observação (unidade) que corresponde a um caso c da TCQ. Assim, podemos imputar os resultados contrafactuais obtidos pela TCQ e calcular os efeitos causais médios **utilizando a distribuição de qualificadores observada nos dados** — uma medida que denotamos por $M(Dados)$ — aos invés de calculá-los utilizando a distribuição implicada pela TCQ, uma medida que denotamos por $M(TCQ)$.

O Painel A da Tabela 3.1 apresenta os resultados destas duas possíveis medidas. Na Capítulo 3 deste relatório, apresentamos também uma subsequente discussão sobre a divergência entre as duas estimativas e também as justificativas desta divergência de acordo com a distribuição observada de casos em nossos dados.

Comparando as responsabilidade entre os avaliadores

De acordo com a LBI e com as diretrizes apresentadas na Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b), a avaliação da deficiência deve ser biopsicossocial e multiprofissional. Tendo em mente as estimativas para os efeitos médios de cada qualificador, podemos pensar em uma medida de comparação ou da decisividade de cada profissional no resultado final de concessão do benefício.

Utilizando a estrutura de responsabilidades para os critérios de concessão do BPC, constatamos que o profissional da assistência social é completamente responsável pela nota do qualificador "Fatores

Ambientais" e aproximamos em 4/9 (aproximadamente 44.4%) a responsabilidade (ou controle) que este profissional exerce sobre a nota do qualificador de "Atividades e Participação". De forma equivalente, o profissional médico é completamente responsável pela pontuação final em "Funções do Corpo" e responsável por 5/9 (aproximadamente 55.6%) da pontuação final em "Atividades e Participação".

Com isto, podemos definir qual seria o efeito esperado de uma "majoração total" ou do aumento em todas as qualificadores que cada profissional controla, ponderado por sua responsabilidade sobre os mesmos.[6] Usando as aproximações descritas acima, definimos os *"Efeitos Esperados de Um Aumento nos Qualificadores"* como:

$$\text{Avaliador Social} = 1 \cdot M_1 + (4/9) \cdot M_2 \,, \tag{2.6}$$

$$\text{Avaliador Médico} = 1 \cdot M_3 + (5/9) \cdot M_2 \,. \tag{2.7}$$

A medida tem uma interpretação limitada a respeito da concessão do BPC e significa o aumento da probabilidade de concessão do benefício associado a um aumento em todas as notas finais que um profissional controla, com pouca interpretação prática. No entanto, essa medida é adequada para compararmos "o quão decisivo" pode ser cada um dos profissionais no resultado final da avaliação. É importante notar que não necessariamente as duas medidas devam coincidir para que a avaliação esteja de acordo normas estabelecidas na LBI. O objetivo da comparação é apenas ilustrar um possível desbalanceamento de responsabilidades entre os dois profissionais. O Painel B da Tabela 3.1 apresenta o cálculo destas medidas tanto para a TCQ quando para os Dados das avaliações.

2.2.2 Modelo para os Qualificadores e Efeitos Indiretos na Concessão

Após analisarmos "o quanto" cada qualificador que compõe o instrumento de avaliação de deficiência do BPC é responsável pelo resultado favorável à concessão do benefício, coloca-se uma segunda pergunta: *quais fatores observáveis levam a maiores notas nos qualificadores?* Para responder a essa pergunta, propomos o seguinte modelo econométrico:

$$Q_{i,k} = \beta_k \cdot \mathbf{z}_i + \gamma_k \cdot \mathbf{x}_i + \alpha_{\text{idade}} + \alpha_{\text{CID-10}} + \alpha_{\text{município}} + \varepsilon_{i,k} \qquad , k \in \{1,2,3\} \,. \tag{2.8}$$

em que cada qualificador é representado por $Q_{i,k}$, as variáveis dependentes deste modelo. As variáveis preditoras de nosso interesse são denotadas pelo vetor $\mathbf{z}_i$ e descritas na Seção 2.1, referente aos dados e a estrutura da avaliação — com uma descrição ainda mais completa apresentada na Seção 3.2, referente aos resultados. O efeito de cada preditor em um qualificador k é denotado pelo vetor β_k.

[6] Esta ponderação é uma aproximação pelo número de itens que cada profissional controla para gerar a pontuação final. De acordo com o instrumento de avaliação do BPC, a pontuação final em "Atividades e Participação" corresponde a uma média dos nove componentes da avaliação (também numa escala de 0 a 4). No entanto, os valores de corte para esta média não seguem uma estrutura linear. Esta é a ponderação mais simples que podemos utilizar para a divisão de responsabilidades.

O vetor $\mathbf{x}_i$ representa as variáveis demográficas e socioeconômicas incluídas como controles neste modelo (isto é, assumidas exógenas e cujas estimativas é de interesse analisar). Os termos α representam efeitos fixos de Idade, Principal Categoria da CID-10 reportada e Município.

A inclusão deste primeiro termo de efeito fixo referente à idade é motivada pela diferença em estrutura e interpretação dos itens que compõe o instrumento de avaliação para cada idade. Por exemplo, para determinadas idades de 0 a 4 anos, a pontuação de alguns componentes ou própria pontuação final de qualificadores é automaticamente definida como "Completa". Além disso, os questionários que geram os componentes apresentam versões e questões divergentes para avaliados com idade superior ou inferior a 16 anos. Efetivamente, a inclusão destes termos permite a comparação levando em conta os valores médios nos qualificadores para **cada** idade entre 0 e 70 anos. Por razões parecidas, a inclusão do efeito fixo de categorias da CID-10 permite a comparação mais precisa entre avaliados que apresentam o mesma "problema relacionado à saúde" tipificado pela CID-10.

A inclusão de efeitos fixos de Município parte de um princípio diferente — relacionado ao avaliador e aos sistemas de avaliação — cuja implementação é regionalizada e, muitas vezes, dependente das capacidades locais do sistemas de saúde e assistência básica. Esperamos, a princípio, que pontuações finais sejam comparáveis entre municípios. No entanto é preciso levar em conta que diferentes sistemas de saúde locais podem ter níveis de capacitação e regras de funcionamento de avaliação divergentes em prazos, filas, eficiência e compartilhamento de informações. Além disso, diferentes contextos regionais podem levar a interpretações subjetivas de impedimentos ambientais, que compõe itens dos qualificadores de Fatores Ambientais e de Atividades e Participação. Finalmente, um mesmo "avaliador" (social ou médico) atua em várias avaliações diferentes. Isso pode, de alguma forma, influenciar as pontuações finais a partir de sua percepção subjetiva de cada fator que influencia o instrumento de avaliação da deficiência no BPC. Nos dados disponíveis, não há uma variável que identifique os avaliadores que atuaram em cada avaliação. Se assumirmos que estas percepções subjetivas são uniformes ou parecidas dentro de cada sistema de avaliação, ao incluir os efeitos fixos de Município estamos capturando parcialmente também estes efeito ao nível regional.

A Equação (2.8) pode ser estimada por Mínimos Quadrados Ordinários, com as transformações de Efeitos Fixos. No entanto, não podemos ignorar o fato de que — apesar de serem pontuados de forma independente, as pontuações finais em qualificadores e os erros populacionais de nosso modelo para um mesmo avaliado podem ser correlacionadas. Para comportar esta característica no modelo, escolhemos uma forma de estimação *SUR* (*Seemingly Unrelated Regressions*) que consiste em várias equações de regressão, cada uma tendo sua própria variável dependente e conjuntos potencialmente diferentes de variáveis explicativas condicionalmente exógenas (WOOLDRIDGE, 2010).

No modelo *SUR*, cada equação é uma regressão linear válida e poderia ser estimada separadamente (razão pela qual o sistema é chamado de *aparentemente não relacionado*), mas os termos de erro são considerados correlacionados entre as equações. Desta forma, os coeficientes estimados pelos dois modelos são os mesmos, mas sob o modelo *SUR* as estimativas para a variância e covariância

entre os coeficientes de regressão são corrigidas.

Em nosso contexto, "Idade" e "Município" são características da própria avaliação, por exemplo: interpretação dos itens e funcionamento dos sistemas de Saúde, influindo no processo gerador de dados. Então é preciso considerar o fato de que as pontuações em qualificadores são também são correlacionadas dentro destas duas dimensões (ABADIE et al., 2017).

Desta forma, implementamos uma estratégia de estimação conjunta que leva em conta todas estas correlações ao "*clusterizar*" as estimativas para a variância e covariância dos coeficientes de regressão em três dimensões: Avaliado, Idade e Município.[7] [8] A Tabela 3.2 apresenta estas estimativas nas Colunas (1), (2) e (3).

Efeitos Indiretos

Uma vez que as variáveis preditoras ($\mathbf{z}_i$) estão associadas a maiores ou menores pontuação finais nos qualificadores, podemos inferir também sobre a associação entre estas preditoras e a concessão do BPC. Sob a hipótese de que apenas a pontuação final dos qualificadores afeta o resultado favorável ao benefício, esta associação só pode se dar de maneira indireta, exemplificada no esquema abaixo:

$$\text{Preditor } (\mathbf{z}_{i,j}) \xrightarrow{(\beta_1,\beta_2,\beta_3)} \text{Qualificadores } (\mathbf{Q}_i) \xrightarrow{(M_1,M_2,M_3)} \text{Resultado Favorável ao BPC}$$

de forma que uma variável preditora pode afetar indiretamente o resultado de concessão através de cada um dos qualificadores, que por sua vez exercem, em média, um efeito diferente na concessão do BPC. Sob esta hipótese (que é na verdade garantida pela construção da TCQ), propomos um estimador para o Efeito Indireto Total (τ_j) de cada uma das variáveis preditoras a partir das estimativas obtidas a partir das Equações (2.5) e (2.8) deste trabalho:

$$\widehat{\tau}_j^{EIT} = \widehat{\beta}_{1,j} \cdot \bar{M}_1 + \widehat{\beta}_{2,j} \cdot \bar{M}_2 + \widehat{\beta}_{3,j} \cdot \bar{M}_3 \tag{2.9}$$

com $\widehat{\beta_{k,j}}$ representando a estimativa da Equação (2.8) para o efeito do preditor j em cada qualificador k e, respectivamente, $\bar{M}_k$ a estimativa da Equação (2.5) para o efeito causal médio de cada qualificador k. Para obter as estimativas da variância destes coeficientes, tomamos as estimativas de $\bar{M}_k$ como constantes. Esta simplificação é plausível devido ao grande tamanho da população selecionada nos

[7] Para uma referência técnica, o modelo *SUR* é a princípio estimado pelo método de *MQGF* (*Mínimos Quadrados Generalizados Factíveis* (WOOLDRIDGE, 2010). Estimativas equivalentes às deste método podem ser obtidas com a configuração correta das variáveis da Equação 2.8 de forma "empilhada" e "iterada" em uma estrutura de painel com Avaliado (i) $\times$ Qualificadores (k), obtendo a variância destes coeficientes com uma correção por *clusters* de Avaliado. Usando esta equivalência, podemos incluir também os efeitos fixos desejados na estimação e os *clusters* adicionais de Idade e Município na estrutura do modelo. Estas estimativas foram realizadas no software estatístico *R* utilizando o pacote *fixest* (BERGÉ, 2018).

[8] A princípio, as pontuações não são variáveis contínuas e não deveriam ser incluídas como variáveis dependentes num modelo linear. No entanto, devido ao número muito grande de observações, as estimativas de MQO tornam-se uma boa aproximação para o efeito médio de cada variável nas pontuações médias, uma vez que o número de pontuações extremas (0 ou 4) não é predominante nos dados. Esta abordagem linear permite que utilizemos o modelo *SUR* e a correção por *clusters* também é robusta à heterocedasticidade gerada neste tipo de aproximação.

dados e torna a implementação do método muito mais simples, mas pode subestimar as estimativas dos desvios padrões para os Efeitos Indiretos Totais. A Coluna (4) da Tabela 3.2 apresenta os resultados desta estratégia de estimação. Devido a esta simplificação, a próxima estratégia de estimação para o efeito indireto apresenta uma análise alternativa equivalente, que por outras vias deve fornecer resultados próximos em termos de coeficientes e precisão destes efeitos indireto.

Sob as mesmas hipóteses que garantem a validade da Equação (2.9) podemos também estimar um modelo de regressão de "Forma Reduzida" (WOOLDRIDGE, 2010) da própria variável de concessão do BPC (endógena) nas variáveis preditoras, controles e efeitos fixos apresentados no item anterior desta sessão, caracterizando a seguinte especificação estimável:

$$BPC_i = \tau \cdot \mathbf{z}_i + \lambda \cdot \mathbf{x}_i + \delta_{\text{idade}} + \delta_{\text{CID10}} + \delta_{\text{município}} + u_i \ , \tag{2.10}$$

na qual o vetor de coeficientes τ representa os efeitos indiretos de cada preditor $\mathbf{z}_i$ na concessão do BPC.

Por mais que a concessão do BPC_i seja uma variável binária, este modelo pode ser estimado por Mínimos Quadrados Ordinários numa especificação de probabilidade linear. A principal vantagem desta especificação é capacidade de incluir, sem prejuízo, os múltiplos efeitos fixos de Idade, CID-10 e Município da mesma forma e pelas mesmas razões mencionadas no item anterior desta seção. Esta simplificação faz com que estimativas $\widehat{\tau}$ por MQO sejam aproximações para os parâmetros que representam os efeitos indiretos de cada um dos preditores na concessão do BPC. Tal simplificação é justificável devido ao grande número de observações em nossos dados, fornecendo aproximações precisas. Os coeficientes estimados nesta especificação tem as suas estimativas de variância corrigidas por *clusters* de Idade e Município e resultados são apresentado na Coluna (5) da Tabela 3.2.[9]

[9] A princípio, o modelo de probabilidade linear fornece uma boa aproximação, mas seus erros serão heterocedásticos por construção. A correção por *clusters* é torna o a regressão robusta à heterocedasticidade.



3. Resultados

3.1 Efeito Causal dos Qualificadores na Concessão do BPC

Nesta seção apresentamos os resultados das estratégias de avaliação propostas na Seção 2.2.1. A Tabela 3.1 apresenta, no Painel A, as estimativas dos efeitos causais médios de cada qualificador na probabilidade de concessão do BPC, utilizando como referência tanto a TCQ quanto a distribuição de avaliações realizada nos Dados. Notamos que, no contexto da TCQ, não há a necessidade de um procedimento de inferência. No Painel B, apresentamos os resultados dos Efeito Esperados de um aumento nos componentes de cada uma das avaliações.

Tabela 3.1: Estimativas do Efeito Causal Médio (M) dos Qualificadores na Concessão do BPC

Estimativas:	M(TCQ) (1)	M(Dados) (2)	IC 95% M(Dados) (3)
Painel A: Efeito do Qualificador (k)			
Fatores Ambientais	0.008	0.136	[0.127, 0.146]
Atividades e Participação	0.120	0.262	[0.248, 0.275]
Funções do Corpo	0.120	0.223	[0.215, 0.231]
Observações:	125	1 300 384	
Painel B: Efeito Esperado de Um Aumento dos Qualificadores:			
Avaliador Social	0.061	0.253	[0.237, 0.269]
Avaliador Médico	0.187	0.369	[0.358, 0.379]

Notas: M(Tabela) é o efeito causal médio teórico calculado sob as distribuição das combinações da Tabela. M(Dados) é o efeito causal médio calculado sob a distribuição da população de avaliações selecionadas do SIBE/INSS. Para este último, adotamos um procedimento de inferência muito conservador para construir Intervalos de Confiança de 95% a partir de erros padrão clusterizados por Avaliado, Município e Idade, apresentado entre colchetes. Os efeitos esperados de um aumento em cada avaliação são calculados a partir das combinações lineares dos efeitos estimados para a Tabela e os Dados apresentadas na Seção 2.2.1 e os Intervalos de Confiança são obtidos pelo método delta a partir destas combinações lineares.

Na primeira coluna da Tabela 3.1, vemos que o qualificador de Fatores Ambientais raramente causa a concessão do benefício. Na realidade, em apenas um caso da TCQ (0.008 = 1/125) este qualificador torna o resultado favorável (O caso 62 ou "c322", que utilizamos como exemplo na Seção 2.2). Já em relação aos outros dois qualificadores, ambos tornam a decisão favorável em 12% dos casos da TCQ. É interessante notar que este resultado indica que o instrumento foi projetado para

dar importância equivalente a estes dois qualificadores. Entretanto, ao estimarmos os efeitos médios utilizando os dados selecionados, na Coluna (2), vemos que "na prática", o efeito médio de todos qualificadores difere significativamente do efeito calculado pela TCQ, sendo que o qualificador de Atividades e Participação foi responsável pela concessão em 26.2% das avaliações realizadas, enquanto o qualificador de Funções do Corpo levou à concessão em 22.3% das avaliações. Mesmo assim, os efeitos médios destes qualificadores ainda são próximos entre si. Além disso, a importância do qualificador de Fatores Ambientais é exacerbada nos dados, pois o único caso no qual este qualificador é causa da concessão corresponde a 13.6% das avaliações realizadas.

Ao analisarmos os resultados no Painel B, vemos que o instrumento de avaliação do BPC, com efeitos baseados na TCQ, de fato atribui uma maior importância às decisões da avaliação médica em relação à avaliação social. A grosso modo, a avaliação médica é cerca de três vezes mais importante para a concessão do benefício do que a avaliação social. Nos dados selecionados, esta divergência acaba sendo atenuada, principalmente pela importância do qualificador de Fatores Ambientais ser exacerbada pelos dados. Mas ainda há uma divergência significativa entre as importâncias, de modo que a avaliação médica é, em nossa medida, em torno de de 12 pontos percentuais mais relevante para a concessão do benefício do que a avaliação social.

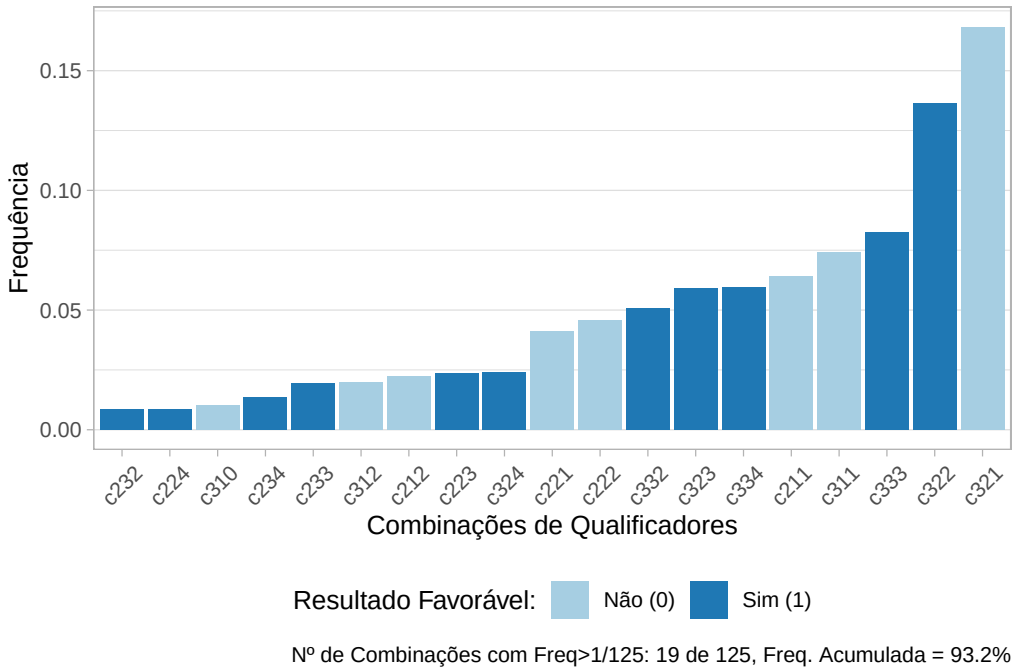
Motivos para a divergência de resultados

Para compreender a razão destas divergências entre as estimativas baseadas na TCQ e nos dados, precisamos nos atentar à distribuição de casos nos dados. A Figura 3.1 reporta a distribuição dos 19 casos com frequência maior do que 1/125 nos dados. Estes 19 casos somam aproximadamente 93.2% das ocorrências de combinações. Sob a TCQ, estes casos somariam apenas 15.2% das ocorrências. É natural que exista esta divergência em distribuições uma vez que, sob a perspectiva da TCQ, a distribuição das pontuações finais seria uniforme. Contudo, o tamanho destas diferenças distorce a concessividade pretendida pelo instrumento para cada qualificador.

A Figura 3.2 apresenta as distribuições observadas, em comparação, para cada um dos qualificadores. Nela, notamos que valores extremos são muito raros em Fatores Ambientais, neste qualificador as pontuações finais Moderado (26.6%) e Grave (71.5%) concentram 98.1% das avaliações. Notamos também que as pontuações Leve (21.8%), Moderado (52.1%) e Grave (24.4%) concentram 98.4% das avaliações no qualificador de Atividades e Participação. De fato, o qualificador que apresenta maior variabilidade é o de Funções do Corpo, com as avaliações distribuídas entre: Nenhuma (0.2%), Leve (36.3%), Moderado (29.1%), Grave (19.8%) e Completa (11.9%).

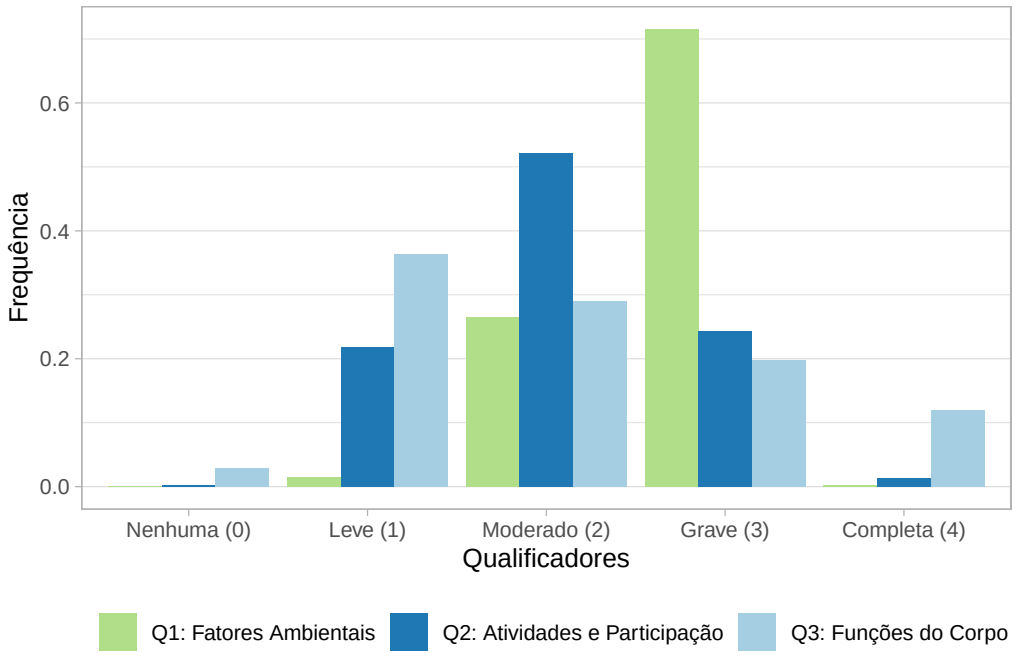
Há várias explicações prováveis para este fenômeno. Se as dimensões do qualificador de "Fatores Ambientais" acabam confundidas com dimensões socioeconômicas, a pequena variação e as altas notas neste qualificador são esperadas, pois as pessoas com deficiência candidatas ao benefício já passam por um filtro de pobreza e devem apresentar características socioeconômicas mais restritivas do que as características gerais consideradas para a elaboração do instrumento. Isso traduz-se em pontuações concentradas nas categorias mais altas neste qualificador, mas não extremas.

Figura 3.1: Frequência das Combinações de Qualificadores nos Dados



Notas: Elaboração própria com base nos dados do SIBE-BPC/LOAS utilizando 1 300 384 observações. O gráfico apresenta a frequência com que cada uma das combinações da TCQ ocorre nos dados e mostra apenas combinações que ocorrem com frequência maior do que 0.008, sendo essa a frequência com que cada caso ocorre na TCQ.

Figura 3.2: Frequência das Pontuações dos Qualificadores nos Dados



Notas: Elaboração própria com base nos dados do SIBE-BPC/LOAS utilizando 1 300 384 observações. O gráfico apresenta a frequência com que cada uma das pontuações dos qualificadores ocorre nos dados. A frequência teessa a frequência com que cada caso ocorre na TCQ.

Além disso, há uma questão mecânica quanto à forma como a pontuação, dos componentes e dos próprios qualificadores de "Fatores Ambientais" e "Atividades e Participação" são computadas. A partir da metodologia de cálculo das categorias a partir do grau de impedimento, descrita na Seção 2.1 deste trabalho, o "valor teórico" deste grau de impedimento passa por duas transformações categóricas, de modo que valores teóricos para graus de impedimento muito próximos dos pontos de corte acabem sendo sempre alocados em categorias medianas, gerando uma variabilidade menor nas pontuações. Não foi encontrado, até a data de realização deste relatório, um trabalho que apresente a validação destas categorizações e medidas de acordo com as intenções de representação das escalas utilizadas pelo instrumento do BPC.

A concentração de pontuações descrita no parágrafo anterior e apresentada na Figura 3.2 faz com que, na realidade, a decisão de concessão do benefício seja tomada em torno dos valores $\{2,3\}$ para o qualificador de "Fatores Ambientais" e $\{1,2,3\}$ para "Atividades e Participação". Com esta configuração, os efeitos causais médios calculados pela TCQ já seriam divergentes dos apresentados anteriormente: 0.03, 0.2, e 0.13, respectivamente.

3.2 Efeitos Diretos e Indiretos dos Preditores na Concessão do BPC

Com a finalidade de responder à pergunta *"quais fatores observáveis levam a maiores pontuações nos qualificadores e a uma maior probabilidade de concessão do BPC?"*, nesta seção analisamos os efeitos diretos e indiretos de cada preditor sobre os qualificadores e na concessão do BPC, conforme as estratégias descritas na Seção 2.2.2.

Os efeitos diretos podem ser entendidos como o acréscimo (decréscimo) médio de pontuação em um qualificador que está associado à diferença de uma variável incluída no modelo em relação a sua categoria base. Variáveis indicadoras (*dummies*) apresentam apenas um valor ("1") além de sua categoria base ("1"). Variáveis categóricas são incluídas no modelo como múltiplas indicadoras em relação a sua categoria base. Por exemplo, o coeficiente de "Alterações do Corpo" representa a diferença, em média, da pontuação em um qualificador entre os que apresentam "Alterações do Corpo = Sim" em relação aos que apresentam "Alterações do Corpo = Não", sua categoria base.

Já os efeitos indiretos são entendidos como o acréscimo (decréscimo) médio na probabilidade de concessão associado às diferenças entre as categorias de cada variável preditora e sua categoria base. Os efeitos indiretos podem ser obtidos de duas formas: combinando os efeitos diretos de cada preditor nos qualificadores e os efeitos dos qualificadores na concessão do BPC; ou então, por meio de um modelo de regressão de "Forma Reduzida", no qual regredimos o variável de resultado do BPC nos preditores de interesse, seguindo a forma apresentada na Equação (2.10).

Entre nossas variáveis preditoras de interesse analisamos os efeitos de perguntas específicas das avaliações:

- Alterações do Corpo: indica se existe alterações na estrutura do corpo que configuram maiores limitações e restrições ao requerente;

- Prognóstico Desfavorável: indica se há alguma alteração importante na estrutura do corpo que configure um prognóstico desfavorável. As repostas “Sim” e “Impossível Prever (Incerto)” são comparadas com a categoria de resposta “Não”;
- Recuperação Completa: indica se a deficiência é de curto ou longo prazo, ou seja, se que há perspectiva de recuperação completa das funções. Observações com a resposta “Sim” são excluídas dos dados, de forma que as repostas “Impossível Prever (Incerto)” é comparada com a categoria de resposta “Não”;
- Risco Social: indica se há violência física e/ou psicológica; abandono familiar; abusos e/ou exploração sexual; crianças e/ou adolescentes fora da escola; exploração de trabalho infantil; ausência de proteção social, familiar e/ou comunitária. A pergunta está presente na Avaliação Médica e na Avaliação Social;
- Ausência de Proteção Social: indica que o requerente não possui uma rede de proteção social, familiar ou comunitária, entre outras; e
- Ausência de Exames: indica se o periciado deixou de apresentar exames ou laudos na avaliação.

A Tabela 3.2 apresenta as estimativas obtidas a partir das Equações (2.8), (2.9) e (2.10) apresentadas a Seção 2.2 deste relatório. As Colunas (1), (2) e (3) descrevem os efeitos do preditores de interesse, quando levamos em conta os Efeitos Fixos e Controles incluídos no modelo. Por sua vez, as colunas (4) e (5) descrevem as estimativas dos efeitos indiretos de cada variável preditora na concessão do BPC.

A variável de Alterações do Corpo indica que a existência de alterações de funções ou estruturas do corpo aumentam a propensão de concessão do benefício. Pode-se observar que o efeito das Alterações sobre o Qualificador de Funções do Corpo (0.865) domina em relação aos demais, com um valor 6 vezes maior que o segundo qualificador, Atividades e Participação (0.145). Os efeitos indiretos ainda contribuem positivamente para o resultado favorável do BPC.

O Prognóstico Desfavorável é a variável com maior efeito, direto e indireto, para a concessão do BPC. É possível ver que o coeficiente de Prognóstico Desfavorável - Sim (1.330) é positivo e com o maior valor entre todos os preditores nas avaliações de Q2 - Atividades e Participação e Q3 - Funções do Corpo. Seu efeito indireto (0.364) também é o maior entre todos os preditores. Ainda, um Prognóstico Desfavorável Incerto é tem efeito de (1.330) em Funções do Corpo e também positivo nas outras pontuações em qualificadores e aumenta a probabilidade de concessão do BPC.

A interpretação dos resultados para o qualificador Q3 - Funções do Corpo dos três coeficientes associados a estas duas primeiras variáveis incluídas no modelo deve ser cuidadosa. Por construção da pontuação, a indicação de “Alterações do Corpo” ou “Prognóstico Desfavorável = Sim” deveria levar a um acréscimo de nota igual a 1 neste qualificador, com tudo mais constante. As estimativas apresentadas atestam, por um lado, a qualidade de nosso modelo em providenciar estimativas próximas a 1 para estes efeitos No entanto, estes coeficientes ainda são significativamente diferentes de 1, o que pode estar relacionado ao tipo de aproximação linear para uma variável categórica que foi utilizada.

Tabela 3.2: Efeitos Diretos dos Preditores em Qualificadores e Indiretos na Concessão do BPC

Modelo:	Efeitos Diretos: Qualificadores			Efeitos Indiretos: BPC	
	Q_1: Fatores Ambientais (1)	Q_2: Atividades e Participação (2)	Q_3: Funções do Corpo (3)	Efeito Total (4)	Forma Reduzida (5)
Interpretação:	Mudanças na Pontuação			Pontos Percentuais (p.p.)	
Variáveis Preditoras					
Alterações do Corpo	0.014	0.145	0.865	0.216	0.213
Categoria Base: Não	(0.003)	(0.010)	(0.024)	(0.006)	(0.011)
Prognóstico Desf. = Sim	0.048	0.407	1.330	0.364	0.305
Categoria Base: Não	(0.004)	(0.014)	(0.023)	(0.007)	(0.013)
Prognóstico Desf. = Incerto	0.028	0.171	0.315	0.101	0.149
Categoria Base: Não	(0.002)	(0.005)	(0.007)	(0.002)	(0.003)
Recup. Completa = Incerto	-0.014	-0.129	-0.247	-0.076	-0.111
Categoria Base: Não	(0.002)	(0.005)	(0.009)	(0.002)	(0.003)
Risco Social: Av. Médica	0.026^{s}	0.057	-0.002^{ns}	0.014^{ns}	0.004^{ns}
Categoria Base: Não	(0.010)	(0.019)	(0.041)	(0.011)	(0.017)
Risco Social: Av. Social	0.067^{ns}	0.117	0.056^{s}	0.046^{s}	0.059
Categoria Base: Não	(0.046)	(0.016)	(0.021)	(0.016)	(0.013)
Ausência de Proteção Social	0.097	0.117	0.089	0.061	0.053
Categoria Base: Não	(0.017)	(0.011)	(0.020)	(0.006)	(0.009)
Ausência de Exames	-0.002^{ns}	-0.024	-0.033	-0.011	-0.014
Categoria Base: Não	(0.003)	(0.008)	(0.009)	(0.003)	(0.004)
Controles	Sim	Sim	Sim	—	Sim
Efeitos Fixos: CID-10	Sim	Sim	Sim	—	Sim
Efeitos Fixos: Idade	Sim	Sim	Sim	—	Sim
Efeitos Fixos: Município	Sim	Sim	Sim	—	Sim
R^2 (Geral)	0.23	0.48	0.56	—	0.38
Within-R^2 (Dentre *EF*)	0.02	0.10	0.32	—	0.01

Notas: Significância: Todas as estimativas com P-valor<0.01, caso contrário *s*: P-valor<0.05 e *ns*: P-valor>0.10. Nas Colunas (1), (2) e (3) apresentamos entre parênteses os erros padrão clusterizados por Avaliado, Idade e Município que caracterizam um modelo. Na Coluna (3) apresentamos os erros padrão entre parênteses calculados pelo método delta a partir da matriz de variância-covariância estimada conjuntamente para as Colunas (1), (2) e (3), tratando a matriz de combinação dos coeficientes como uma constante. Na Coluna (4) apresentamos entre parênteses os erros padrão clusterizados por Idade e Município. Todas as estimativas incluem, direta ou indiretamente, controles de: Categorias de Local de Residência, Grau de Instrução, Sexo, Estado Civil e Tipo de Deficiência Informada. O número de observações utilizado em todas as estimativas é 1 262 767 e o número de graus de liberdade considerados para o cálculo das estatística de teste é 70, relativo à quantidade de *clusters* na menor categoria considerada: Idade.

Os resultados para Recuperação Completa implicam que a possibilidade de recuperação reduz a chance de concessão do BPC.[10] Esse resultado é corroborado por meio dos valores negativos

[10]Utilizamos apenas observações com respostas em que a recuperação completa não é possível ou incerta e, portanto,

encontrados em cada um dos qualificadores, especialmente nas avaliações com participação médica: Funções do Corpo e Atividades e Participação.

A indicação de Ausência de Proteção Social possui um efeito significativo, porém pequeno, para a concessão do benefício. Seu efeito se dá principalmente sobre o qualificador Q2 - Atividades e Participação (0.117). Os efeitos indiretos mostraram-se pequenos e menos relevantes para a concessão do BPC.

As variáveis de Risco Social têm efeito pequeno e pouco significativo na Avaliação Médica. Seu efeito é positivo na Avaliação Social, gerando um aumento na pontuação dos qualificadores de Atividades e Participação (0.117). Os efeitos indiretos também são pequenos e beiram não ser estatisticamente significantes.

Por fim, a Ausência de Exames faz com que a propensão à concessão do BPC diminua. Embora com efeito pequeno, todos os coeficientes de Ausência de Exames são negativos, indicando que a falta de exames faz com que a pontuação nos qualificadores, especialmente Q2 - Atividades e Participação e Q3 - Funções do Corpo, sejam menores. Os efeitos indiretos também confirmam uma menor chance de concessão do BPC a requerentes que deixaram de apresentar algum exame ou laudo.

Uma análise de robustez dos métodos empregados pode ser realizada através da comparação entre os resultados dos Efeitos Indiretos obtidos pela estimação através do "Efeito Total" e da "Forma Reduzida". Por vias diferentes, ambos resultados são razoavelmente próximos, mesmo em estimativas que seriam mais vieasadas devido a aproximações. Mesmo assim, o modelo de "Forma Reduzida" fornece um *benchmark* mais seguro para as estimativas do efeito indireto de cada variável preditora na concessão do BPC. As estimativas apresentadas em nas Colunas (1)-(3) e (4) são úteis para entendermos por quais canais e de que forma estas variáveis podem estar relacionadas a uma maior concessividade.

Por fim, é importante observar os valores de ajuste das regressões a partir dos R^2 estimados separadamente. No modelo para Fatores Ambientais, o R^2 (Geral) mostra que 23% da variação neste qualificador é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. Porém, o valor do R^2 (Dentre EF), que denota a variação do qualificador dentre as categorias de CID-10, Idade e Município, mostra que os preditores e controles explicam apenas 2% da variação neste qualificador. Isso indica que boa parte da variação predita é atribuída à diferenças em pontuações entre categorias de Idade, CID-10 e Município.

Seguindo esta lógica, o modelo completo explica 48% da variação no qualificador de Atividades e Participação, com os preditores e controles explicando apenas 10% da variação dentro dos Efeitos Fixos. O qualificador com a maior variância explicada pelo modelo é o de Funções do Corpo (56%). Isto provavelmente se deve ao fato de as categorias de CID-10 explicarem boa parte da variação na pontuação deste qualificador. No entanto, os preditores e controles explicam também uma parte maior da variação entre efeitos fixos (32%). Isso se deve ao fato dos preditores incluídos no modelo terem grande relação com questões objetivas que compõe a pontuação deste qualificador.

configuram alguma possibilidade de deficiência e o não indeferimento automático do benefício.



4. Considerações Finais

Ao longo deste trabalho, descrevemos as etapas e características do atual instrumento de avaliação da deficiência empregado para a concessão do Benefício de Prestação Continuada. Mostramos quais dimensões deste instrumento apresentam maior importância teórica e empírica para concessão do benefício.

Com relação ao efeito de cada qualificador na probabilidade de concessão do benefício, os resultados utilizando apenas a regra de concessão teórica do benefício mostram que o qualificador de "Fatores Ambientais" tem uma importância praticamente nula na concessão do benefício. Em apenas 0,8% dos casos da Tabela Conclusiva de Qualificadores (TCQ) um aumento em "Fatores Ambientais" é realmente responsável pela concessão do benefício. A concessividade pretendida pela TCQ atribui importância teórica idêntica aos qualificadores de "Atividades e Participação" e "Funções do Corpo" (12%).

Analisando os dados vemos que os qualificadores apresentam efeitos médios diferentes dos planejados pela TCQ. Em média, o qualificador de "Fatores Ambientais" causa a concessão do benefício em 13.6% das avaliações selecionadas. O qualificador que mais afeta a concessão do benefício é o de "Atividades e Participação" (26.2%), o que ainda é próximo à proporção de avaliações onde o benefício é concedido graças a "Funções do Corpo" (22.3%).

Explicamos esta divergência entre os resultados calculados na TCQ e nos dados descrevendo a distribuição das pontuações em qualificadores e mostrando que as combinações da TCQ "mais decisivas" são empiricamente mais relevantes. Sobretudo, esta discussão e descrição explicita uma possível inadequação entre as intenções e regras que acabam efetivamente aplicadas para a concessão do benefício pelo atual instrumento de avaliação da deficiência.

Utilizando nossas primeiras estimativas, propomos uma medida de comparação da importância relativa entre os avaliadores social e médico no resultado final da avaliação. Seguindo esta medida calculada em nossos dados, um aumento completo na avaliação social está associado a 25.3 pontos percentuais a mais na probabilidade de concessão do BPC e um aumento completo na avaliação médica esta associado a de 36.9 pontos percentuais a mais na probabilidade de concessão do BPC. Esta divergência seria ainda maior utilizando apenas os resultados obtidos através da TCQ. Estes resultados nos mostram que, apesar de o instrumento de avaliação do BPC ser multidisciplinar, a regra de concessão é mais dependente dos produtos da Avaliação Médica do que da Avaliação Social.

Apresentamos também uma estratégia empírica para entender quais fatores observáveis, definidos como variáveis indiretas ao cálculo das pontuações presentes nas avaliações social ou médica,

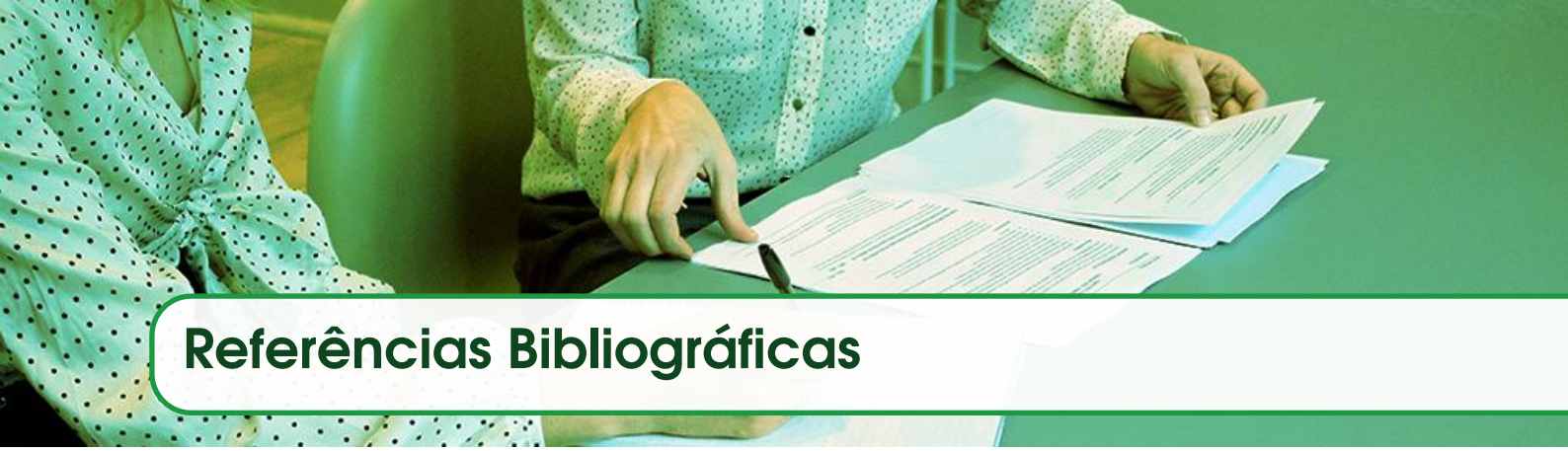
afetam de maneira proeminente as pontuações destes qualificadores. Ainda, mostra-se quais seriam os efeitos indiretos destes fatores observáveis na concessão do BPC.

Em geral, variáveis coletadas pela avaliação médica têm efeitos maiores na pontuações dos qualificadores e também efeitos indiretos maiores na concessão do benefício. É preciso ressaltar, neste ponto, que a indicação de "Alterações do Corpo" e "Prognóstico Desvarável" — duas das variáveis médicas que utilizamos no modelo — tem também um efeito "mecânico" igual a 1 na pontuação de "Funções do Corpo" e, de certa forma, nosso modelo providência estimativas próximas a este parâmetro. Talvez também devido a este efeito mecânico, estas duas variáveis médicas apresentam os maiores efeitos indiretos na concessão benefício. É importante notar também que, mesmo diante deste efeito mecânico, estas duas variáveis têm um efeito indireto na concessão maior do que apenas o efeito de um aumento no qualificador de Funções do Corpo na concessão. Indica-se assim que há também efeitos das características que estas variáveis capturam através de outros canais, principalmente pelo qualificador de "Atividades e Participação".

Variáveis relativas às características ambientais, coletadas durante a avaliação social, tem em geral pouco efeito nas notas dos qualificadores, mas algum efeito indireto na concessão do benefício. O qualificador de "Fatores Ambientais" é, em geral, o menos afetado por todas estas variáveis consideradas.

Considerando todos os resultados apresentados, podemos concluir que há, de fato, preponderância da Avaliação Médica sobre a Avaliação Social. Parte desta preponderância é criada pela divisão de atribuições entre profissionais nas avaliações, uma vez que o qualificador de "Fatores Ambientais" não causa a concessão do benefício em quase nenhum caso teórico. No entanto, há também uma equidade projetada entre os qualificadores de "Atividades e Participação" e "Funções do Corpo". Na prática, esta equidade acaba perturbada e o qualificador de "Atividades e Participação" se mostra empiricamente mais relevante. A divergência entre avaliadores na capacidade de conceder o benefício é empiricamente menor. Talvez por motivos não adequados, uma vez que esta diminuição se dá pelo fato de que o único caso onde o qualificador de "Fatores Ambientais" de fato "desempata" a decisão pela concessão é exacerbadamente relevante nos dados.

Mais uma vez, ressaltamos que neste trabalho não julgamos a adequação ou composição ideal dos dimensões que caracterizam a decisão pelo benefício e nem a alocação ideal de responsabilidades entre os profissionais, cabendo aos atores envolvidos no processo decisório e a futuros trabalhos fazê-lo. Providenciamos, no entanto, uma coleção de resultados sobre o funcionamento da próprio instrumento de avaliação da deficiência que hoje está em vigor. Reconhecemos que nossos resultados são, em certa medida, preliminares e podem ser aprimorados de diversas maneiras. Tendo como base as informações aqui apresentadas quanto ao efeito "prático" de cada qualificador na concessão do BPC, esperamos contribuir para o avanço da discussão com a implantação e validação de novos instrumentos para a avaliação da deficiência e, ultimamente, para ampliar a garantia de acesso do público alvo ao benefício.



Referências Bibliográficas

ABADIE, A. et al. *When should you adjust standard errors for clustering?* [S.l.], 2017. Citado na página 16.

BERGÉ, L. *Efficient estimation of maximum likelihood models with multiple fixed-effects: the R package FENmlm*. [S.l.], 2018. Citado na página 16.

BRASIL. *Lei nº. 8.742. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social*. 1993. Citado na página 5.

BRASIL. *Lei Nº 13.146, de 6 de julho 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. 2015. Citado na página 5.

BRASIL. *Portaria Conjunta MDS/INSS Nº 02, de 30 de março 2015. Dispõe sobre os critérios, procedimentos e instrumentos para avaliação social e médico-pericial da pessoa com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada*. 2015. Citado 3 vezes nas páginas 5, 7 e 13.

WOOLDRIDGE, J. M. *Econometric analysis of cross section and panel data*. [S.l.]: MIT press, 2010. Citado 4 vezes nas páginas 11, 15, 16 e 17.

Realização:


EVEX
Evidência Express


Enap
Escola Nacional de
Administração Pública

Avaliação Biopsicossocial da Deficiência

Determinantes da Concessão do Benefício de Prestação Continuada

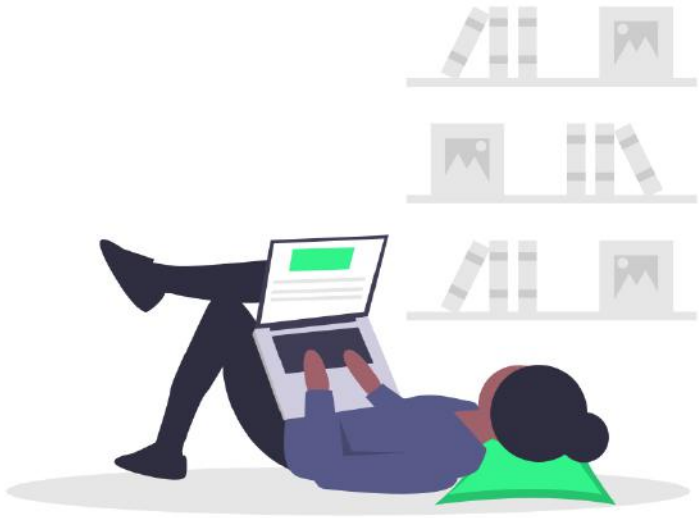
Uma produção Evidência Express (Enap)

Giovanni Di Pietra (Pesquisador)

Willian Adamczyk (Coordenador)

QUEM SOMOS?

O EvEx - Evidência Express é uma equipe focada em **REUNIR**, **RESUMIR** e **DISSEMINAR** referências que possam servir de base para o desenho, monitoramento e avaliação de políticas públicas.



Contexto e Dados

Introdução

Produto: Análise Inferencial (métodos de avaliação)

Perguntas de pesquisa:

1) A decisão de concessão do BPC difere na **avaliação da perícia médica** e do **serviço social**?
2) Quais fatores são mais importantes nesta decisão? Como afetam?

- Respostas baseadas na importância teórica e empírica dos **Qualificadores** para concessão do BPC e variáveis “indiretas” das avaliações.

Introdução

Respostas em 3 Etapas:

- **1ª** - Qual o efeito de uma mudança num Qualificador no resultado do BPC?
- **2ª** - Quanto cada avaliador pode influenciar o resultado do BPC?

- **3ª** - Quais fatores observáveis mais afetam os Qualificadores e como estes fatores afetam indiretamente o resultado do BPC?

BPC: Instrumento de Avaliação da Deficiência

SIBE, INSS - Composição: Duas Avaliações, Social e Médica

Critérios do BPC: Renda Familiar p.c. ≤ ¼ SM, por Idade ou Deficiência

Etapas para a caracterização de Deficiência:

- Impossibilidade de recuperação completa;

A partir deste ponto,

- Concessão do BPC é **completamente** determinada por **Qualificadores (Pontuações)**:

1. **Fatores Ambientais:** Av. Social
2. **Atividades e Participação:** 4/9 Av. Social e 5/9 Av. Médica
3. **Funções do Corpo:** Av. Médica

Qualificadores → **Resultado Favorável:** combinações que concedem benefício determinadas pela TCQ (Tabela Conclusiva de Qualificadores)

Qualificadores

- Avaliam aspectos da deficiência em **três dimensões,**

- Com pontuações de 0 a 4:

Nenhum (0), Leve (1), Moderado (2), Grave (3) e Completa (4)

Q1 - Fatores Ambientais: barreiras externas sobre a capacidade para executar tarefas;

Q2 - Atividades e Participação: dificuldade de execução de tarefas e envolvimento social;

Q3 - Funções do Corpo: funções fisiológicas dos sistemas corporais.

Exemplo: **Tabela Conclusiva de Qualificadores**

Resultados possíveis das avaliações social e médico-pericial da pessoa com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC **N** = **N**enhuma **L** = **L**eve **M** = **M**oderada **G** = **G**rave **C** = **C**ompleta				
	Fatores Ambientais (e)	**Atividades e Participação (d)**	**Funções do Corpo (b)**	**O avaliado preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/93, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC?**
1.	C	C	C	Sim
2.	G	C	C	Sim
3.	M	C	C	Sim
4.	L	C	C	Sim
5.	N	C	C	Sim
6.	C	G	C	Sim

Dados: Sistema Integrado de Benefícios – SIBE BPC/LOAS

- Todas as avaliações BPC: Deficiência disponíveis no sistema, anonimizadas

Selecionamos:

- Avaliações com parte Social e Médica completas e a partir da Versão 2015

  - Nas quais "Recuperação Completa" **não é possível**

- Período das Avaliações: 2015 até Abril/2021

Base Final ≈ 1,3 milhões de avaliações.

- Principais variáveis: Resultado (BPC), Pontuações em Qualificadores.
- Destes dados utilizamos também: Variáveis SE, Demográficas e relativas à deficiência ("Tipo de Deficiência" e "CID10 Principal") em nossas análises finais.

Respostas:
1ª e 2ª Pergunta

Metodologia – Pergunta 1

O quanto um aumento de “pontuação” do qualificador impacta a concessão do BPC?

- Pensando inicialmente na **TCQ**

Atenção: Não é suficiente olhar somente % de combinação que concedem BPC.

- Para cada **combinação** e cada **qualificador**, conhecemos:

  “Resultado BPC” (Sim ou Não) e o “Resultado **Contrafactual** BPC” (Sim ou Não)

“Haveria concessão se 1 qualificador fosse 1 pontuação menor?”

Metodologia – Pergunta 1

O quanto um aumento de “pontuação” do qualificador impacta a concessão do BPC?

- Podemos calcular para cada “**combinação**” e cada “**qualificador**”.

$$\text{Efeito Causal } \mathrm{Q_k} \text{ no caso "c" } = BPC(Q_1, Q_2, \boldsymbol{Q_k},) - BPC(Contrafactual\ \boldsymbol{Q_k})$$

Interesse é a média entre todas as combinações: Efeito Causal Médio

- Interpretação:

% de combinações em que o qualificador causa a concessão do BPC

- Pode ser calculado na **TCQ** ou nos **Dados**

Resultados – Pergunta 1

Resultado: % de combinações em que o qualificador k causa a concessão do BPC

Q_1 **Fatores Ambientais** TCQ = 0,8% ; **Dados = 13,6%**

Q_2 **Atividades e Participação** TCQ = 12% ; **Dados = 26,2%**

Q_3 **Funções do Corpo** TCQ = 12% ; **Dados = 22,3%**

Metodologia – Pergunta 2

Comparando: Av. Social e Av. Médico

- *Medida:*

  “Se um avaliador aumentasse todas as suas pontuações” – qual seria o efeito, em média, na concessão do BPC?

- *Efeito Esperado de Um Aumento Completo nos Qualificadores:*

$$\text{Avaliador Social} = 1 \cdot M_1 + (4/9) \cdot M_2$$

$$\text{Avaliador Médico} = 1 \cdot M_3 + (5/9) \cdot M_2$$

Resultados – Pergunta 2

Resultados: “Efeito de Aumentos Completos de Q” no BPC

Avaliador Social:

TCQ = 6,1 p.p. ; **Dados = 25,3 p.p.** [IC 95% ± 1,6]

Avaliador Médico:

TCQ = 18,7 p.p. ; **Dados = 36,9 p.p.** [IC 95% ± 1,1]

Razão é TCQ ≈ 1:3 (Médico) **e Dados ≈ 2:3 (Médico)**

Fonte da diferença está na **TCQ** e o tipo de qualificador que o avaliador social controla:
Fatores Ambientais não deveria afetar BPC.

Resultados

Sumário e Discussão:

- **TCQ:** Fatores Ambientais decide pelo BPC em apenas 1 combinação.

  Atividades e Participação e Funções do Corpo: mesma importância (12%)

- **Dados:** Fatores Ambientais decide em quase 13% das avaliações!

  Todos os qualificadores se tornam mais “importantes”!

- **Como?** Efeito médio calculado depende:

  1) Dos efeitos causais em cada combinação

  2) Do número de vezes que cada combinação “aparece” = frequência

Resultados

Discussão:

Combinações mais Frequentes

- **Dados:** 19 combinações concentram mais de **+93% das avaliações**. **(TCQ ≈ 15%)**
- Estas combinações mais são as mais **decisivas (efeito causal ≠ 0)**

Pontuações de Qualificador mais Frequentes

- Q1 – Fatores Ambientais : Pontuações “Nenhuma (0)”, “Leve (1)” e “Completa (4)” **irrelevantes. Quase 98% das pontuações concentradas em Mod. (2) e Grave (3).**
- Q2 – Atividades e Participação : Pontuações “Nenhuma (0)” e “Completa (4)” **irrelevantes.**
- Q3 – Funções do Corpo: Pontuação melhor distribuída.
- **Problema?** Mecânica de pontuação em Q1 e Q2 **Gera pouca variação!**

Respostas:
3ª Pergunta

Metodologia – Pergunta 3

Que fatores afetam os Qualificadores e o BPC?

Construção do Modelo:

- **Variáveis Preditoras (Fatores Observáveis)**

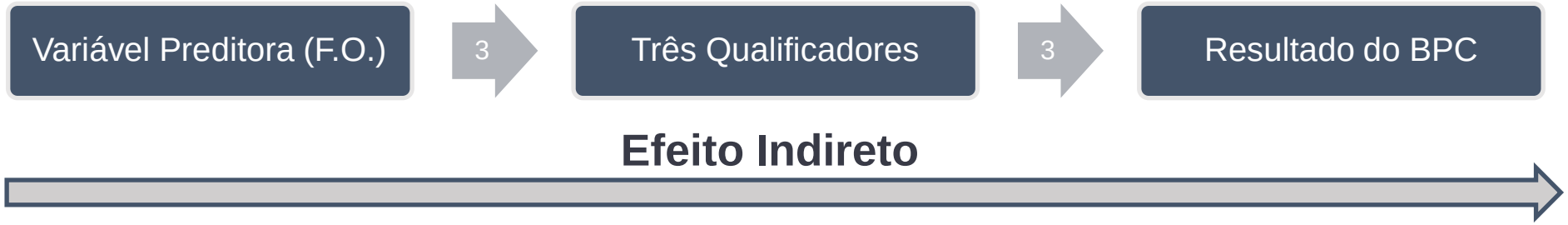
Exemplo:
Ausência de Exames [Av. Médica] ou
Ausência de Proteção Social [Av. Social]

- **Controles:**
  (Local de Moradia, Grau de Instrução, Sexo, Estado Civil e Tipo de Deficiência**)**

Categorias de Idade, CID-10 Principal e Município

Metodologia – Pergunta 3

Efeitos Indiretos dos F.O. no BPC



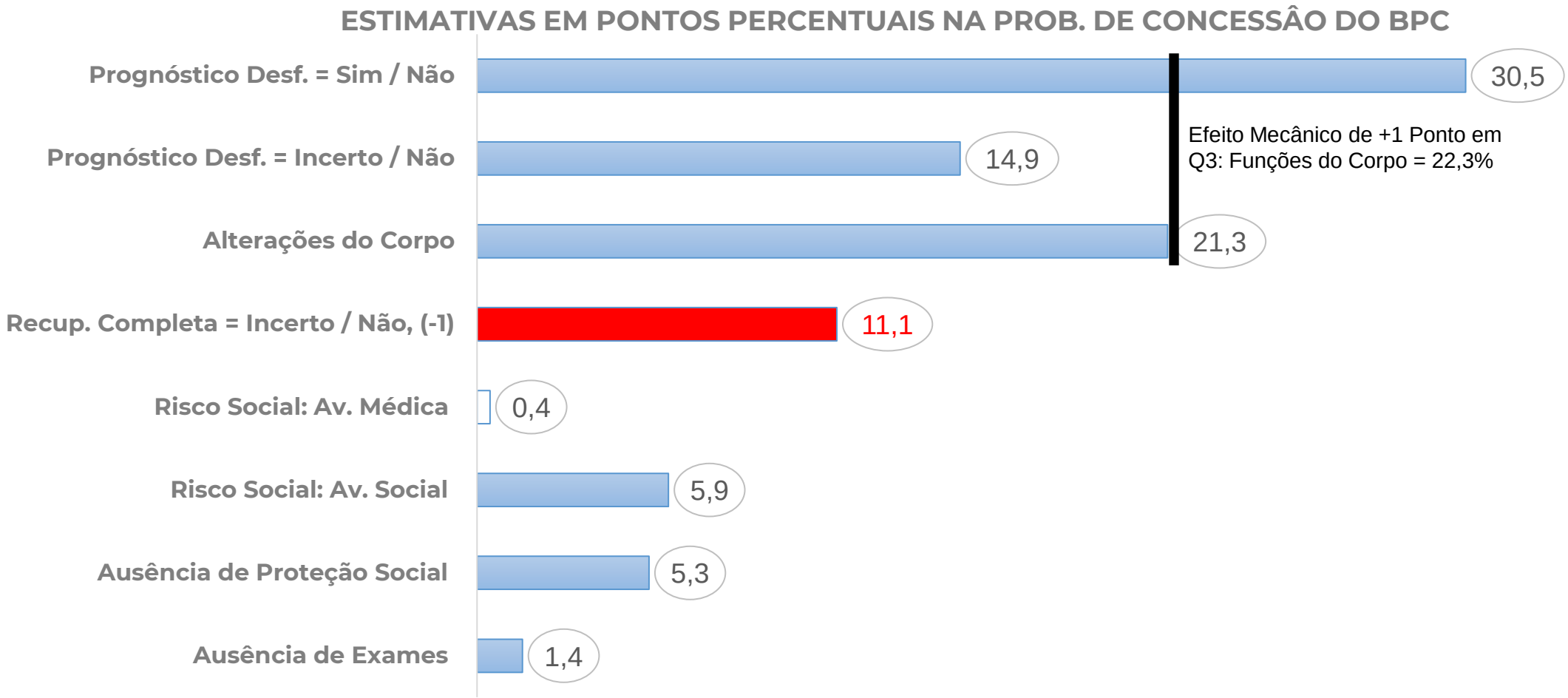
Pressuposto: Não há efeitos diretos – Garantido pela TCQ!

Forma Reduzida:

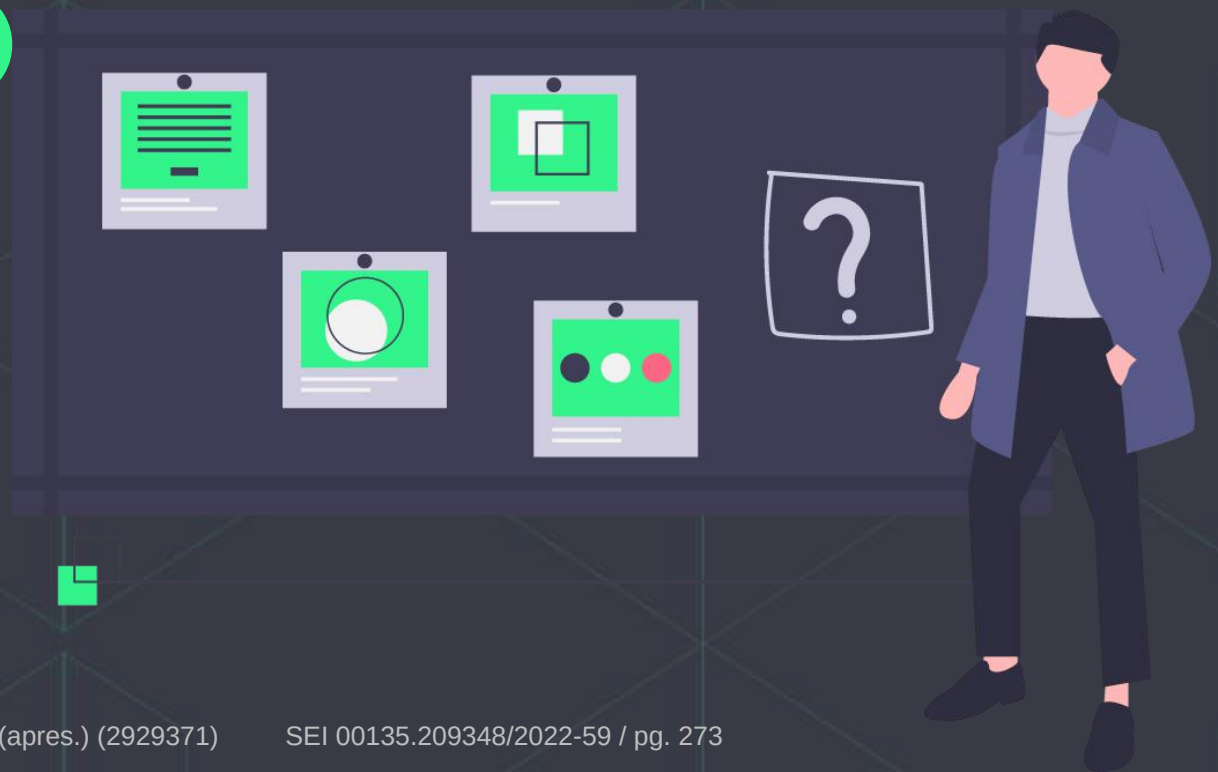
Regressão Linear da variável BPC (0,1) nos Preditores e Controles

Metodologia – Pergunta 3

Efeitos Indiretos na Concessão do BPC



CONCLUSÃO



Ressalvas

- Os resultados da primeiras duas perguntas, tem – **por construção** – uma interpretação **causal** (“o que foi”)

- Os resultados dos última pergunta tem uma **interpretação muito mais investigativa** (“o que pode ser”)

- Nestes últimos modelos, utilizamos aproximações lineares para variáveis dependentes categóricas ou binárias – o que pode gerar algum viés nos resultados – problema minimizado pelo grande n° de observações utilizado.

Considerações Finais

- **A % de casos em que um Qualificador decide a concessão** calculada nos dados é divergentes da planejada pela TCQ.

- Apesar de o instrumento de avaliação do BPC ser **multidisciplinar**, a **regra de concessão depende mais da avaliação médica do que da avaliação social**.

- Variáveis da avaliação médica – relativas ao impedimento físico da deficiência – afetam mais os qualificadores e a concessão do benefício do que características ambientais ou sociais.

OBRIGADO!



GIOVANNI DI PIETRA – giovanni.pietra@enap.gov.br

WILLIAN ADAMCZYK – willian.adamczyk@enap.gov.br

Ilustrações: undraw.co | Imagens: unsplash.com

ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO (IFBrM)

Formulário de Identificação da Pessoa Avaliada e da Avaliação

Informações migradas do sistema ou complementadas pelo(a) profissional administrativo(a) ou usuário(a).

Formulário de Fatores Contextuais

I. Informações pessoais

1) Sexo (assinalar)

( ) masculino ( ) feminino ( ) não informado

2) Deseja informar identidade de gênero?

( ) Binário (masculino ou feminino) ( ) Não binário (todas as demais)

3) Cor/raça (autodeclarada)

( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena.

Atenção: Quando a pessoa com deficiência é incapaz de autodeclarar a sua cor, o(a) informante deve fazê-lo.

4) Escolaridade da pessoa avaliada:

( ) Não se aplica
( ) Nenhuma
( ) Educação infantil incompleta
( ) Educação infantil completa
( ) Fundamental incompleto
( ) Fundamental completo
( ) Médio incompleto
( ) Médio completo
( ) Superior incompleto
( ) Superior completo
( ) Especialização incompleto
( ) Especialização completo
( ) Mestrado incompleto
( ) Mestrado completo
( ) Doutorado incompleto
( ) Pós doc incompleto
( ) Pós doc completo

5) Estado Civil da pessoa avaliada:

( ) Solteiro(a)
( ) Casado(a)
( ) União estável
( ) Separado(a) / Desquitado(a)
( ) Divorciado(a)
( ) Viúvo(a)

6) A pessoa avaliada é a responsável econômica pelo grupo familiar?

( ) Sim, sozinha
( ) Sim, com outra pessoa
( ) Não

7) Se ela não é a responsável econômica pelo grupo familiar, qual a relação com o(s) responsável(is) econômico(s)? ***(Permite mais de uma resposta)***

( ) Cônjuge / companheiro(a)
( ) Filho(a) / enteado(a)
( ) Pai / mãe
( ) Sogro(a)
( ) Genro / nora
( ) Neto(a)
( ) Irmão(a)
( ) Cunhado(a)
( ) Tio(a)
( ) Sobrinho(a)
( ) Primo(a)
( ) Agregado(a)
( ) Outro. Qual?_____

8) Situação de trabalho da pessoa avaliada: ***(permite mais de uma resposta)***

( ) Não Se Aplica
( ) Não trabalha
( ) Desempregado
( ) Informal
( ) Assalariado
( ) Servidor Público
( ) Cooperado
( ) Contribuinte individual
( ) Aprendiz
( ) Estagiário(a)
( ) Aposentado
( ) Pensionista
( ) Empregador
( ) Empresário
( ) MEI
( ) Outro

9) Qual a ocupação principal do avaliado? _____
(pesquisa por palavra chave no Código Brasileiro de Ocupações – CBO)

10) Qual a profissão do avaliado, se diferente da ocupação? _____
(pesquisa por palavra chave no Código Brasileiro de Ocupações – CBO)

11) A pessoa avaliada recebe algum tipo de benefício? ***(Preenchimento automático pelo sistema, complementar com mais de uma opção)***

( ) Aposentadoria
( ) Pensão
( ) Auxílio-Doença
( ) Auxílio-Acidente
( ) Auxílio-Reclusão
( ) Auxílio- Inclusão
( ) Benefício de Prestação Continuada – BPC
( ) Programa Bolsa Família
( ) Outros Benefícios:
☐ Programa de Volta para Casa ☐ Talidomida ☐ Hanseníase,
☐ Zika virus ☐ Hemodiálise, ☐ Césio). Outro: _____
( ) Não recebe benefício

II. Informações Ambientais

12) Qual a localização do domicílio em que vive a pessoa avaliada?

( ) Urbana ( ) Rural

13) Qual tipo de domicílio em que vive a pessoa avaliada?

( ) Casa
( ) Apartamento
( ) Sitio
( ) Terra/reserva indígena
( ) Tenda ou barraco
( ) Em situação de rua
( ) Instituição
( ) Instituição para cumprimento de medida socioeducativa
( ) Hotel, pensão ou similares
( ) Alojamento de trabalhadores
( ) Comunidade quilombola
( ) Assentamento/acampamento
( ) Ocupação
( ) Albergue
( ) Outros (trailer, vagão, etc.)

14) Quantas pessoas vivem no Domicílio? _____

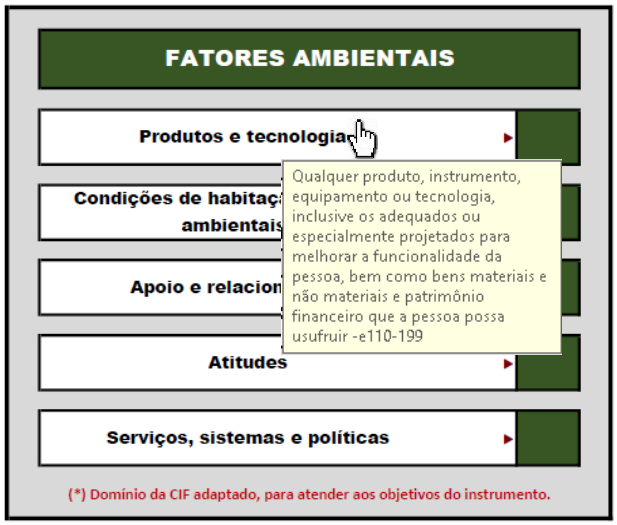
15) Dentre as pessoas que residem no mesmo domicílio quantas são:

Idosas	**( ) 0**	**( ) 1**	**( ) 2**	**( ) 3**	**( ) 4 ou mais**
Crianças	**( ) 0**	**( ) 1**	**( ) 2**	**( ) 3**	**( ) 4 ou mais**
Pessoas com deficiência	**( ) 0**	**( ) 1**	**( ) 2**	**( ) 3**	**( ) 4 ou mais**

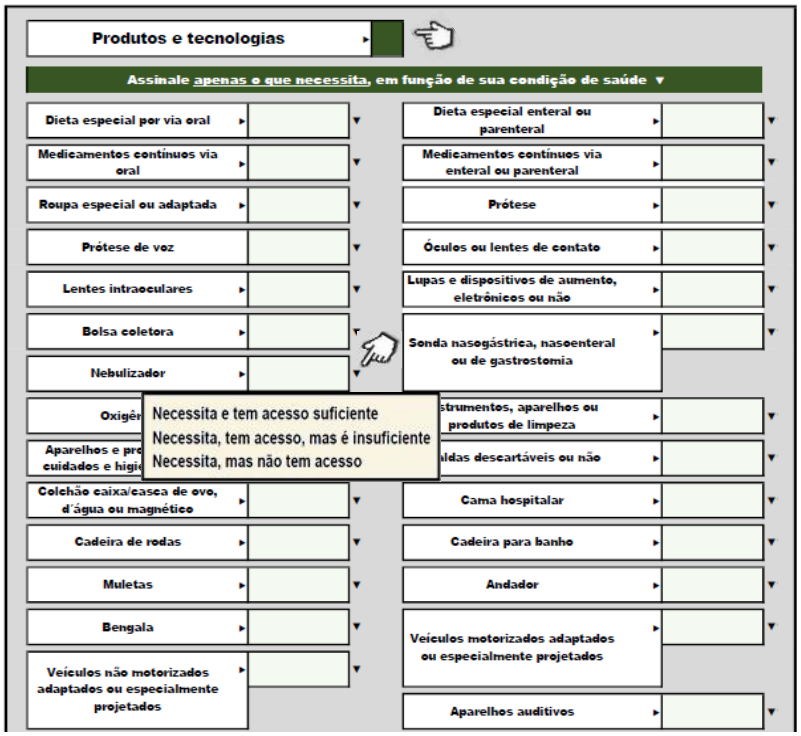
16) Domínios de Fatores Ambientais

Preenchimento de forma objetiva, por meio de marcação (click) apenas dos domínios e unidades de classificação relevantes para o caso em análise, com base na CIF, incluindo a exibição das respectivas definições, conforme se posiciona o cursor. Não é feita qualificação, porém todas as informações são objetivamente registradas, possibilitando a emissão de relatório pelo sistema, automático e detalhado, com vistas a orientar a avaliação da Matriz de Atividades e Participação e, por apuração estatística, subsidiar a gestão das políticas públicas:

Exemplo 1 – Tela inicial de Fatores Ambientais



Exemplo 2 – Detalhamento de uma das telas do domínio Produtos e Tecnologia



São 71 itens de Produtos e Tecnologia discriminados detalhadamente, a serem assinalados apenas para os casos que deles necessitam.

Formulário de Identificação do(s) Impedimento(s)

(Preenchimento obrigatório)

I. Diagnóstico e Informação sobre o(s) impedimento(s)

1. Diagnóstico(s) que motiva(m) o pedido:

Pode(m) ser informado(s) pelo(a) profissional assistente, mas deve ser validado pelo médico(a) da equipe multiprofissional e interdisciplinar:

CID Principal: _____ (busca por código ou palavra-chave)

( ) Sem diagnóstico definido.

CID secundário(s): _____ (busca por código ou palavra-chave *(pode ser informado mais de um CID secundário)*

( ) Não há CID secundário

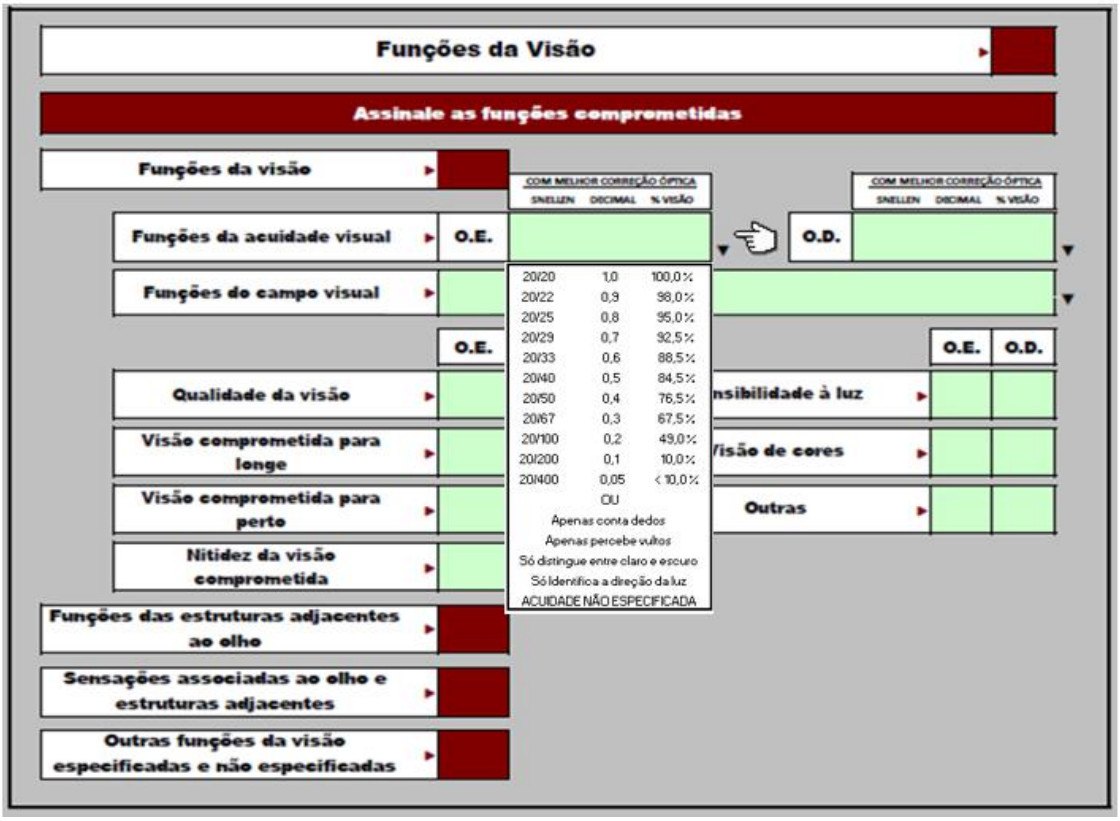
2. Domínios de Funções e Estruturas do Corpo acometidas

Preenchimento de forma objetiva, por meio de marcação (click) apenas dos domínios e unidades de classificação relevantes para o caso em análise, com base na CIF, incluindo a exibição das respectivas definições, conforme se posiciona o cursor. Não é feita qualificação, porém todas as informações são objetivamente registradas, possibilitando a emissão de relatório pelo sistema, automático e detalhado, com vistas a orientar a avaliação da Matriz de Atividades e Participação e, por apuração estatística, subsidiar a gestão das políticas públicas::

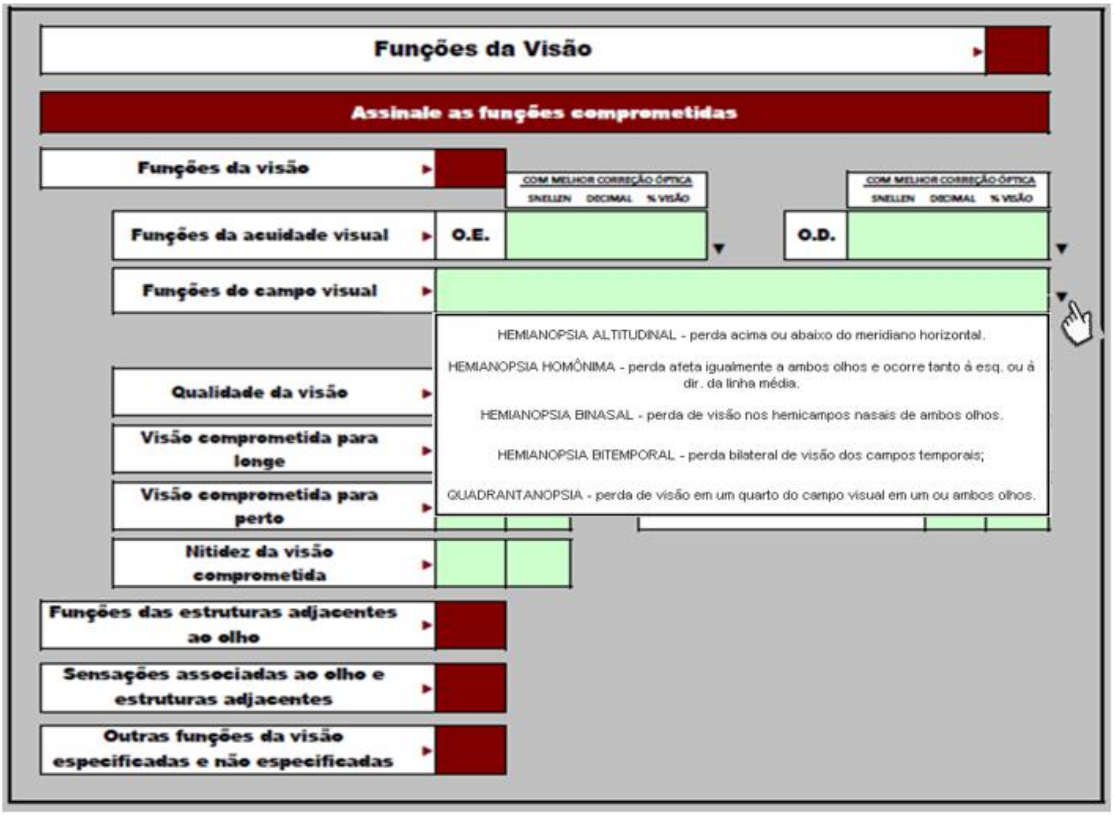
Exemplo 1 – Tela inicial de Funções e Estruturas do Corpo



Exemplo 2 – Tela com detalhamento das Funções da Visão



Exemplo 3 – Tela com outro detalhamento das Funções da Visão



Exemplo 4 – Tela com detalhamento do Olho e estruturas relacionadas



3. Impedimento principal

( ) Físico ( ) Mental/Psicossocial ( ) Intelectual ( ) Auditivo ( ) Visual

4. Qual é a data aproximada do início do impedimento principal?

___/___/____. ***(Campo calendário)***

Tempo pregresso: __ anos e __ meses
(calculado pelo sistema, com arredondamento para meses e anos)

5. Segundo Impedimento ***(assinale apenas se houver)***

( ) Físico ( ) Mental/Psicossocial ( ) Intelectual ( ) Auditivo ( ) Visual

6. Qual é a data aproximada do início do segundo impedimento?

___/___/____. ***(Campo calendário)***

Tempo pregresso: __ anos e __ meses
(calculado pelo sistema, com arredondamento para meses e anos)

7. Outro(s) Impedimento(s)
(Pode ser assinalado mais de um, diferente(s) dos dois primeiros)

( ) Físico ( ) Mental/Psicossocial ( ) Intelectual ( ) Auditivo ( ) Visual

II. Informações adicionais

8. Peso:____ Kg Altura: ___ m IMC: ____ ***(cálculo automático)***
(não obrigatórios)

9. Lateralidade dominante:
( ) Direita ( ) Esquerda ( ) Ambidestro

10. A lateralidade foi alterada em função do impedimento?
( ) Sim ( ) Não

11. Realiza tratamento? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)
( ) Eventual
( ) Contínuo

12. O tratamento realizado produz efeitos adversos que limitam a funcionalidade? (Ex: desacelerações significativas, sonolência, tremores, rigidez, salivação, visão turva, ganho ou perda considerável de peso, problemas dentários, entre outros) ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)
( ) Não produz efeitos adversos
( ) Efeitos adversos pontuais (menos de 15 dias por mês)
( ) Efeitos adversos regulares (mais de 15 dias por mês)
( ) Efeitos adversos diários

13. Necessita hospitalizações? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)
( ) Eventualmente
( ) Frequentemente
( ) Continuamente
( ) Necessita, mas não tem acesso

14. Utiliza medicamentos por via parenteral ou que dependam de terceiros para administração? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)
( ) Eventualmente
( ) Frequentemente
( ) Continuamente
( ) Necessita, mas não tem acesso.

15. Necessita acompanhamento médico(a) especializado(a)? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Eventualmente
( ) Frequentemente
( ) Continuamente
( ) Necessita, mas não tem acesso

16. Necessita cuidados ou tratamentos noturnos? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Eventualmente
( ) Frequentemente
( ) Continuamente
( ) Necessita, mas não tem acesso

17. Necessita cuidados regulares de fisioterapia? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontuais (menos de 15 dias por mês)
( ) Regulares (mais de 15 dias por mês)
( ) Diários
( ) Necessita, mas não tem acesso

18. Necessita cuidados regulares de enfermagem? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontuais (menos de 15 dias por mês)
( ) Regulares (mais de 15 dias por mês)
( ) Diários
( ) Necessita, mas não tem acesso

19. Necessita cuidados regulares em terapia ocupacional? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontuais (menos de 15 dias por mês)
( ) Regulares (mais de 15 dias por mês)
( ) Diários
( ) Necessita, mas não tem acesso

20. Necessita cuidados regulares em fonoaudiologia? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontuais (menos de 15 dias por mês)
( ) Regulares (mais de 15 dias por mês)
( ) Diários
( ) Necessita, mas não tem acesso

21. Necessita cuidados regulares de psicologia? ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontuais (menos de 15 dias por mês)
( ) Regulares (mais de 15 dias por mês)
( ) Diários
( ) Necessita, mas não tem acesso

III. Acompanhamento multidisciplinar

22. Centro de Convivência ☐
(As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa)

( ) Pontual (menos de 15 dias por mês)
( ) Regular (mais de 15 dias por mês)
( ) Diário
( ) Necessita, mas não tem acesso

23. Centro de Atenção Psicossocial ☐
(As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa)

( ) Pontual (menos de 15 dias por mês)
( ) Regular (mais de 15 dias por mês)
( ) Diário
( ) Necessita, mas não tem acesso

24. Centro de Acolhimento Terapêutico ☐
(As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa)

( ) Pontual (menos de 15 dias por mês)
( ) Regular (mais de 15 dias por mês)
( ) Diário
( ) Necessita, mas não tem acesso

25. Residência Inclusiva ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontual (menos de 15 dias por mês)
( ) Regular (mais de 15 dias por mês)
( ) Diário
( ) Necessita, mas não tem acesso

26. Residência Terapêutica ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontual (menos de 15 dias por mês)
( ) Regular (mais de 15 dias por mês)
( ) Diário
( ) Necessita, mas não tem acesso

27. Centro-Dia ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontual (menos de 15 dias por mês)
( ) Regular (mais de 15 dias por mês)
( ) Diário
( ) Necessita, mas não tem acesso

28. Hospital-Dia ou similar ☐
(*As opções só serão exibidas caso seja clicado no ícone acima, indicando resposta afirmativa*)

( ) Pontual (menos de 15 dias por mês)
( ) Regular (mais de 15 dias por mês)
( ) Diário
( ) Necessita, mas não tem acesso

IV. Fatores de gravidade: *(Preenchimento obrigatório)*

29. Já realizou alguma intervenção cirúrgica?

( ) não
( ) apenas uma
( ) de duas a cinco
( ) mais de cinco

30. Necessita ser submetido a intervenção cirúrgica?

( ) não
( ) sim
( ) necessita, mas não tem acesso

31. Para criança de 0 a 10 anos, indicar se há possível presença de atraso nas principais aquisições (desenvolvimento psicomotor, linguagem, entre outros):

( ) Sim
( ) Não
( ) não é criança

32. O agravo apresenta impactos no funcionamento geral do organismo (impacto psicológico, astenia, fadiga, lentidão, dor, espasticidade, perda ou ganho de peso, edemas, distúrbios de trânsito intestinal, náusea, prurido, tosse ou escarro, anosognosia - negação e falta de conhecimento da própria condição, entre outros)

( ) Não
( ) Pontuais (menos de 15 dias por mês)
( ) Regulares (mais de 15 dias por mês)
( ) Diários

33. O agravo apresenta crises (convulsão, artralgia, descompensação neuropsiquiátrica, cardíaca, respiratória, entre outras) que reduzem a funcionalidade?

( ) Não
( ) Pontuais (menos de 15 dias por mês)
( ) Regulares (mais de 15 dias por mês)
( ) Diários

34. Perspectiva de evolução global:

( ) Estabilização
( ) Redução de funcionalidade flutuante
( ) Agravamento
( ) Progressão significativa
( ) Melhora
( ) Indefinida

35. Origem e circunstâncias do(s) agravo(s) que motiva(m) a solicitação:

Pode ser informado pelo(a) profissional assistente, mas deve ser validado pelo**(a) **médico**(a) da equipe multiprofissional e interdisciplinar:

( ) Congênita
( ) Complicação no parto
( ) Doença
( ) Dependência química
( ) Violência
( ) Acidente de Trabalho / Doença ocupacional ou relacionado ao trabalho*
( ) Acidente de Trânsito
( ) Acidente de outra natureza
( ) Ignorada
( ) Outra causa. Especifique: _____

Inclusive na condição de aprendiz ou estagiário

36. Qual a perspectiva de evolução do(s) impedimento(s) apresentados pelo avaliado(a), considerando o tempo pregresso já vivenciado sob tal condição, a possibilidade de acesso a tratamentos necessários e as barreiras enfrentadas, com vistas a permitir efetiva participação na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas?

( ) Estabilização
( ) Evolução flutuante
( ) Agravamento / Progressão significativa
( ) Melhora
( ) Indefinida

37. Tendo por base as respostas anteriores, qual o prazo estimado para reavaliação do caso?

( ) 6 meses a menos de 1 ano
( ) 1 ano a menos de 2 anos
( ) 2 anos a menos de 5 anos
( ) 5 anos ou mais

V. ANEXOS

Se tiverem sido realizados exames, avaliações ou hospitalizações adicionais relacionadas com a deficiência, anexe os relatórios e documentos mais relevantes. Esses documentos devem ser anexados pelo médico(a)e / ou paciente.

Matriz de Atividades e Participação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)

I. Aplicação da Matriz

A matriz é composta por **38 atividades discriminantes**, validadas para compor as réguas de gravidade por faixa etária, e **19 atividades não discriminantes** (destacadas com fundo cinza), todas selecionadas do componente "Atividades e Participação" e organizadas em sete domínios, adaptados dos nove domínios originais da CIF, a saber: • Aprendizagem e aplicação de conhecimento; • Comunicação; • Mobilidade; • Cuidados Pessoais; • Vida Doméstica; • Educação, Trabalho e Vida Econômica; • Relações e Interações Interpessoais, • Vida Comunitária, Social, Cultural e Política.

Cada linha da matriz contempla uma atividade a ser avaliada, com atribuição da pontuação que traduza o grau de independência para realizá-la.

O grau de independência está graduado em quatro níveis (100, 75, 50 e 25 pontos), adaptados dos sete níveis originais da Medida de Independência Funcional – MIF, com vistas a facilitar a avaliação e aplicação do instrumento, onde:

100: Realiza a atividade de forma independente, sem qualquer tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança.

75: Realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente.

50: Realiza a atividade com o auxílio de terceiros. O indivíduo participa de alguma etapa da atividade. Inclui preparo e supervisão.

25: Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de qualquer etapa da atividade. Se é necessário o auxílio de duas ou mais pessoas o escore deve ser 25: totalmente dependente.

Todas as atividades deverão ser pontuadas, porém somente as validadas como discriminantes por faixa etária totalizarão a pontuação final, calculada automaticamente pelo sistema, a ser confrontada com a régua de gravidade

Domínios e Atividades ***Atividade determinantes → sem preenchimento*** ***Atividades não determinantes → preenchidas com fundo cinza***	
1. Aprendizagem e aplicação de conhecimento	**Pontuação**
1.1 Observar Perceber, discriminar, reconhecer o que enxerga e utilizar intencionalmente o sentido da visão, compatível com a faixa etária. – d110 *(A partir dos 3 meses de idade)*	

1.2 Ouvir Perceber, discriminar, reconhecer os sons e utilizar intencionalmente o sentido da audição, compatível com a faixa etária - d115 *(A partir dos 3 meses de idade)*	
1.3 Aprender a calcular Desenvolver a capacidade de trabalhar com números e realizar operações matemáticas simples e complexas, tais como, utilizar símbolos matemáticos para somar e subtrair e aplicar, num problema, a operação matemática correta.- d150 *(A partir dos 10 anos de idade)*	
1.4 Adquirir habilidades desenvolver as capacidades básicas e complexas necessárias para a execução de um conjunto integrado de ações ou tarefas de maneira que, ao adquirir essa competência, consiga iniciar e concluir a sua execução, tais como, participar de jogos, raciocínio lógico e memorização.– d155 – adaptado *(A partir dos 6 meses de idade)*	
1.5 Concentrar a atenção Concentrar intencionalmente a atenção em estímulos específicos desligando-se dos fatores que distraem, compatível com a faixa etária.- d160 *(A partir dos 3 anos de idade)*	
1.6 Resolver Problemas Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções, como por exemplo, na resolução de uma disputa entre duas pessoas.- d175 adaptada *(A partir dos 7 anos de idade)*	
1.7. Tomar decisões Fazer uma escolha entre opções, implementar a opção escolhida e avaliar os efeitos, compatível com a faixa etária – d177 *(A partir dos 8 anos de idade)*	
1.8. Realizar uma única tarefa e atender a um único comando Realizar ações coordenadas simples e complexas, e atender a comando único, compatível com a faixa etária. – d210 *(A partir dos 2 anos de idade)*	
1.9 Realizar tarefas múltiplas e atender a múltiplos comandos Realizar, uma após outra ou em simultâneo, ações coordenadas simples ou complexas, consideradas como componentes de tarefas múltiplas, integradas e complexas. – d220 *(A partir dos 3 anos de idade)*	
2.Domínio: Comunicação	**Pontuação**
2.1. Compreensão de mensagens orais Compreender as mensagens orais, significados literais e implícitos, compatível com a faixa etária. - d310 *(A partir dos 3 anos de idade)*	
2.2. Compreensão de mensagens não verbais Compreender os significados das mensagens transmitidas por linguagem corporal, símbolos e imagens, compatível com a faixa etária. - d315 *(A partir dos 2 anos de idade)*	

2.3 Falar Refere-se a iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizada por meio da linguagem oral, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formais ou informais, produzindo mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito. – d330 *(A partir de 1 ano de idade)*	
2.4 Produção de mensagens não verbais Utilizar gestos, símbolos e/ou desenhos para transmitir mensagens – d335 *(A partir dos 6 meses de idade)*	
2.5 Compreensão de mensagens escritas (Inclui Braille, quando couber) Compreender os significados literais e implícitos das mensagens transmitidas por meio da linguagem escrita. –d325 *(A partir dos 7 anos de idade)*	
2.6 Produção de mensagens escritas(Inclui Braille, quando couber) Produzir mensagens com significado literal e implícito transmitidas por meio da linguagem escrita. –d345 *(A partir dos 7 anos de idade)*	
2.7 Conversação oral ou em libras Iniciar, manter, dar forma e terminar um diálogo ou troca de impressões com uma ou mais pessoas. –d350 *(A partir dos 3 anos de idade)*	
2.8. Discutir Iniciar, manter e terminar a análise de um assunto, com argumentos a favor ou contra, ou um debate através de linguagem oral ou de sinais, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formais ou informais, compatível com a faixa etária – d355 *(A partir dos 6 anos de idade)*	
3. Domínio: Mobilidade	**Pontuação**
3.1 Mudar e manter a posição do corpo Refere-se à: Mudar a posição básica do corpo: refere-se a sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro; Manter a posição do corpo: manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário. –d410 e d415 *(A partir dos 6 meses de idade)*	
3.2. Auto transferências Mover na mesma superfície ou de uma superfície para outra, sem mudar a posição do corpo (de deitado para deitado, de sentado para sentado), de forma compatível com a faixa etária. d420 adaptado à redação do BPC *(A partir dos 2 anos de idade)*	
3.3 Alcançar, transportar e mover objetos Alcançar o objeto acima da cabeça, à frente, ao lado e abaixo; levantar, transportar nas mãos ou nos braços, ou sobre os ombros, sobre os quadris, costas ou cabeça; pousar objetos. –d430 (adaptada) *(A partir dos 7 meses de idade)*	
3.4 Deslocar-se dentro de casa Andar e mover-se dentro da própria casa, dentro de um quarto ou entre quartos e em toda a casa ou na área da habitação. – d4600 *(A partir de 1 ano de idade)*	

3.5. Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa Andar ou deslocar-se dentro de edifícios que não a própria residência, incluindo áreas anexas quando aplicável. Inclui deslocar-se entre andares, compatível com a faixa etária. – d4601 *(A partir dos 3 anos de idade)*	
3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios Andar e deslocar-se perto ou longe da própria casa e de outros edifícios, sem a utilização de transporte público ou privado.– d4602 *(A partir dos 5 anos de idade)*	
3.7. Utilizar transporte coletivo Utilizar transporte coletivo para se deslocar, como passageiro, por meio terrestre, aquaviário ou aéreo, compatível com a faixa etária. – d4702 *(A partir dos 12 anos de idade)*	
3. 8. Utilizar transporte individual como passageiro Utilizar transporte para se deslocar, como passageiro, por meio terrestre, aquaviário ou aéreo, compatível com a faixa etária. – d4701 *(A partir dos 7 anos de idade)*	
4. Domínio: Cuidados pessoais	**Pontuação**
4.1 Comer Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável. – d550 *(A partir dos 2 anos de idade)*	
4.2 Beber Coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável. -d560 *(A partir dos 18 meses de idade)*	
4.3 Lavar-se Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados. –d510 *(A partir dos 6 anos de idade)*	
4.4 Vestir-se Realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo com as condições climáticas e sociais (códigos e convenções da sociedade em que vive, implícitos ou explícitos). – d540 *(A partir dos 4 anos de idade)*	
4.5 Cuidar de partes do corpo Refere-se aos cuidados pessoais com pele, rosto, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais. – d520 *(A partir dos 10 anos de idade)*	
4.6 Regulação da micção Refere-se aos cuidados relacionados aos processos de excreção urinária envolvendo prever a eliminação, coordenar e controlar a micção e proceder à higiene subsequente. – d5300 *(A partir dos 3 anos de idade)*	

4.7 Regulação da defecação Refere-se aos cuidados relacionados aos processos de excreção (d530), envolvendo prever a eliminação, coordenar e controlar a defecação e proceder à higiene subsequente. – d5301 (A partir dos 3 anos de idade)	
4.8 Capacidade de identificar doenças e agravos à saúde Assegurar o conforto físico, a saúde e o bem-estar físico e mental; controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde. Identificar sinais e sintomas que possam potencialmente comprometer a saúde e a integridade física, reconhecer abusos e violência. – d570 *(A partir dos 3 anos de idade)*	
5. Domínio: Vida Doméstica	**Pontuação**
5.1 Preparar refeições simples tipo lanche Preparar refeições com um pequeno número de ingredientes, que requerem métodos fáceis. –d6300 – adaptada *(A partir dos 7 anos de idade)*	
5.2 Cozinhar Planejar, organizar, cozinhar e servir refeições com um grande número de ingredientes que requerem métodos complexos para serem preparados e servidos; planejar uma refeição com vários pratos; transformar os ingredientes por meio de ações combinadas. – d6301 – adaptada *(A partir dos 14 anos de idade)*	
5.3 Realizar tarefas domésticas Refere-se ao trabalho doméstico. – d640 *(A partir dos 9 anos de idade)*	
5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa Utilizar, guardar, e conservar objetos pessoais, cuidar da casa e dos utensílios domésticos, compatível com a faixa etária. – d650 – adaptada *(A partir dos 6 anos de idade)*	
5.5 Cuidar dos outros Auxiliar os membros da família e outros nas relações interpessoais, nos cuidados de nutrição e manutenção da saúde, nas atividades de aprendizagem, comunicação, autocuidados, movimento dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da família e de outras pessoas. -d660 *(A partir dos 9 anos de idade)*	
5.6 Fazer compras e/ou contratar serviços Selecionar, comprar e transportar, bem como obter, em troca de dinheiro, bens e serviços necessários para a vida diária. Envolve as transações econômicas básicas e complexas.- d620 *(A partir dos 7 anos de idade)*	
5.7. Comprar, alugar, mobiliar ou obter um lugar para morar. – d610 *(A partir dos 18 anos de idade)*	
5.8 Planejar e organizar a rotina diária Realizar ações coordenadas simples ou complexas de modo a poder planear, gerir e responder as exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia. – d230 *(A partir dos 12 anos de idade)*	

6. Domínio: Educação, Trabalho e Vida Econômica	Pontuação
6.1 Educação Informal Adquirir habilidades e conhecimentos educacionais em casa ou outro ambiente não institucional, compatível com a faixa etária. – d810 *(A partir dos 2 anos de idade)*	
6.2 Educação Formal Aprender desde um nível inicial de instrução organizada em programa educacional, incluindo ir à escola regularmente, trabalhar em cooperação com outros alunos, seguir as orientações dos professores, organizar, estudar e concluir as tarefas e projetos indicados, até progredir para outros níveis de educação; – d820 e d830 – adaptadas *(A partir dos 6 anos de idade)*	
6.3 Qualificação Profissional Participar de todas as atividades de um programa de formação profissional e aprender as matérias do programa curricular que prepara para um negócio, emprego ou profissão. Considerar a aquisição de habilidades e conhecimentos específicos para atividade profissional, incluindo acessibilidade e disponibilidade de recursos educacionais adequados. -d825 *(A partir dos 14 anos de idade)*	
6.4 Trabalho Remunerado Participar de todos os aspectos do trabalho, seja uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em tempo inteiro ou parcial, no mercado de trabalho formal ou informal (considerando procurar e conseguir trabalho, realizar as tarefas exigidas sozinho ou em grupo, permanecer e progredir no trabalho). – d850 *(A partir dos 14 anos de idade)*	
6.5 Exercer trabalho por conta própria (iniciativas individuais, cooperadas ou coletivas) Envolver-se num trabalho remunerado conseguido pelo indivíduo ou criado por ele, ou estar contratado por outros numa relação de emprego formal ou informal. – d8500 *(A partir dos 18 anos de idade)*	
6.7. Manter, progredir e sair de trabalho remunerado Planejar e realizar as tarefas demandadas, sozinho ou em grupo e cumprir prazos e metas. Inclui acesso a cursos, treinamentos, promoções, bonificações, incentivos profissionais em igualdade de oportunidades com os demais colegas, compatível com a faixa etária. – d845 –adaptada *(A partir dos 16 anos de idade)*	
6.8 Administração de recursos econômicos pessoais (transações econômicas complexas) Refere-se a ter controle sobre recursos econômicos pessoais obtidos por fontes públicas ou privadas para garantir a segurança econômica diante das necessidades atuais e futuras. – d865 *(A partir dos 18 anos de idade)*	
7. Domínio: Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política	**Pontuação**
7.1 Interação Interpessoal Interagir com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada. - d710 adaptado *(A partir dos 3 anos de idade)*	

7.2. Relações com familiares e com pessoas familiares Criar e manter relações com membros do núcleo familiar ou pessoas próximas. Participar da rotina familiar, compatível com a faixa etária. - d760 adaptado *(A partir dos 18 meses de idade)*	
7.3. Relações em ambientes formais Criar e manter relacionamentos específicos em ambientes formais com professores, funcionários, profissionais ou prestadores de serviços, superiores, subordinados e pares, compatível com a faixa etária. – d740 *(A partir dos 6 anos de idade)*	
7.4 Relações com estranhos Estabelecer contatos e ligações temporárias com estranhos para fins específicos quando aplicável. – d730 *(A partir dos 6 anos de idade)*	
7.5 Relações íntimas Criar e manter relacionamentos românticos ou íntimos entre indivíduos. – d770 *(A partir dos 18 anos de idade)*	
7. 6. Participar de atividades da vida comunitária Participar em todos os aspectos de reuniões, organizações, cerimônias, associações e grupos sociais, compatível com a faixa etária. – d910 adaptado *(A partir dos 7 anos de idade)*	
7.7 Participar de atividades culturais, de recreação e lazer Participar em qualquer forma de jogos, atividade recreativa ou de lazer. – d920 adaptado *(A partir dos 6 anos de idade)*	
7.8 Lidar com emoções e adequar o comportamento de acordo com o contexto Habilidade de reconhecer emoções, impulsos e fontes de estresse, e ser capaz de responder a eles nas interações, de maneira contextual e socialmente apropriada, compatível com a faixa etária. - d720 e d2401 adaptados *(A partir dos 7 anos de idade)*	
7.9 Participar de atividades da vida política e social enquanto cidadão Participar, como cidadão, na vida social, política e governamental, desfrutar dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel. Exercer a cidadania. – d950 adaptado *(A partir dos 16 anos de idade)*	

II. Modelo Linguístico Fuzzy

A lógica da aplicação do Modelo Fuzzy é efetuar um balanceamento na avaliação das 38 atividades determinantes, considerando o tipo de impedimento, algumas situações emblemáticas e um maior risco em função da dependência de terceiros.

Para aplicação das regras, há de se ter identificado o tipo de impedimento: 1. Auditivo; 2. Intelectual; 3. Físico; 4. Visual e 5. Mental/Psicossocial.

Em caso de mais de um impedimento, apenas os dois mais relevantes, assinalados em etapa anterior desta avaliação, serão considerados para a aplicação do Fuzzy.

Três aspectos são considerados para identificar o grupo de indivíduos em situações de maior risco funcional:

1. Definição dos domínios com maior relevância para cada tipo de impedimento;

2. Definição de questões emblemáticas que determinam situações de maior impacto do impedimento;

3. Indisponibilidade de auxílio de terceiros, o que agrava o cotidiano da pessoa avaliada.

Os quadros a seguir apontam os dois domínios preponderantes segundo o tipo de impedimento, as questões emblemáticas a eles referenciadas e a não disponibilidade do auxílio de terceiros sempre que necessário

Impedimento Auditivo

( ) Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade do Domínio Comunicação (2) ou Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política (7) **OU** houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios Comunicação (2) ou Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política (7).

( ) A surdez ocorreu antes dos 6 anos.

( ) Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.

Impedimento Intelectual

( ) Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade do Domínio Aprendizagem e aplicação de conhecimento (1) e Educação, Trabalho e Vida Econômica (6) **OU** houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios Aprendizagem e aplicação de conhecimento (1) e Educação, Trabalho e Vida Econômica (6).

( ) Não consegue ficar sozinho em segurança, não sendo capaz de gerenciar seus próprios cuidados de saúde, alimentação e higiene básicos, de forma satisfatória.

( ) Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.

Impedimento Físico

( ) Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade do Domínio Mobilidade (3) ou Cuidados pessoais (4); **OU** houve pontuação 75 em todas as atividades dos domínios Mobilidade (3) ou Cuidados pessoais (4).

( ) Desloca-se exclusivamente em cadeira de rodas.

( ) Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.

Impedimento Visual

( ) Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade do Domínio Mobilidade (3) ou Vida Doméstica (5) **OU** houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios Mobilidade (3) ou Vida Doméstica(5).

( ) A pessoa já não enxergava ao nascer.

( ) Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.

Impedimento Mental/Psicossocial

( ) Houve pontuação menor que 50 em alguma atividade dos Domínios (6) Educação, Trabalho e Vida Econômica (7) Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária,

Social, Cultural e Política **OU** houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios (6) Educação, Trabalho e Vida Econômica (7) Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política.

( ) A pessoa é discriminada em decorrência de um transtorno mental e essa condição invalida suas próprias escolhas, restringindo sua participação social.

( ) Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.

Na presença de qualquer das seguintes situações, será automaticamente atribuída a menor pontuação identificada em cada um dos domínios relacionados àquele impedimento, corrigindo, assim, a nota final:

- Resposta afirmativa para as questões emblemáticas ou,
- Indisponibilidade de auxílio de terceiros ou,
- Pontuação 25 ou 50 em alguma atividade ou ainda,
- Pontuação 75 para todas as atividades nos domínios apontados como relevantes para aquele impedimento.

Exemplo 1 - Se no impedimento **Auditivo**, cujos domínios selecionados são Comunicação e Socialização, o(a) profissional atribuiu os seguintes pontos:

- Mínimo de 50 pontos em uma das atividades do domínio Comunicação e mínimo de 75 pontos no domínio Socialização.

Aplicando-se o FUZZY

- Domínio Comunicação: todas as atividades passam a ter 50 pontos.
- Domínio Socialização: todas as atividades passam a ter 75 pontos.

Exemplo 2 - Se no impedimento **Intelectual**, cujos domínios selecionados são Vida Doméstica e Socialização, o(a) profissional atribuiu os seguintes pontos:

- 75 pontos em todas as atividades do domínio Vida Doméstica e mínimo de 50 pontos em uma das atividades do domínio Socialização.

Aplicando-se o FUZZY

- Domínio Vida doméstica: todas as atividades permanecem com 75 pontos.
- Domínio Socialização: todas as atividades passam a ter 50 pontos.

Exemplo 3 – Se no impedimento **Físico**, cujos domínios selecionados são Mobilidade e Cuidados Pessoais, o(a) profissional atribuiu os seguintes pontos:

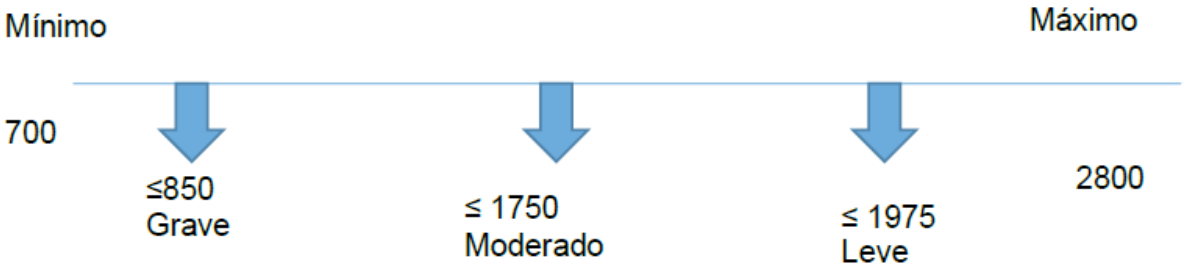
- 100 pontos em todas as atividades do domínio Mobilidade e 75 pontos em todas as atividades de Cuidados Pessoais.

Aplicando-se o FUZZY

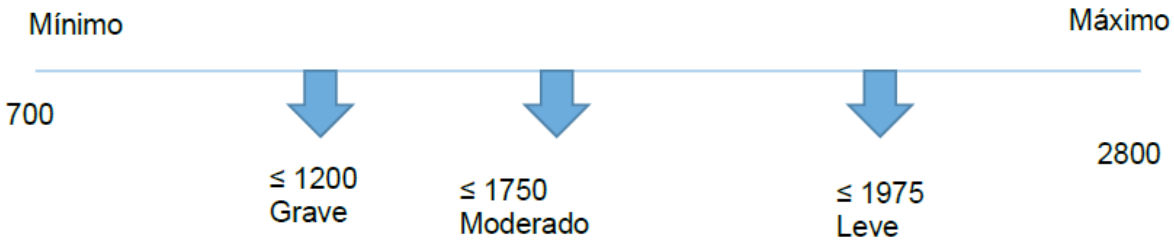
- Domínio Mobilidade: todas as atividades permanecem com 100 pontos.
- Domínio Cuidados pessoais: todas as atividades permanecem com 75 pontos.

III. Réguas de Gravidade da Deficiência, por faixa etária

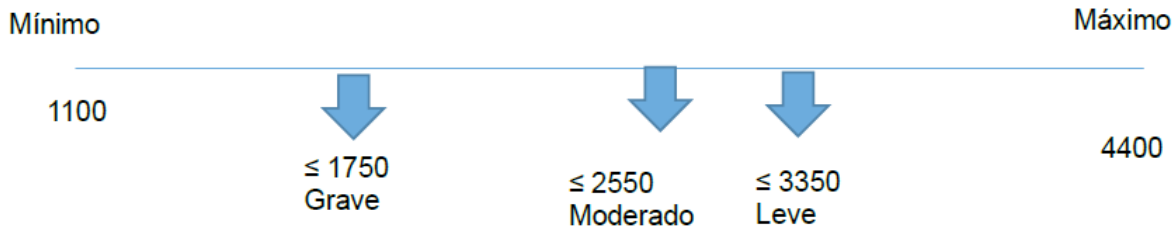
0-4 anos - Deficiência Física, Deficiência Intelectual



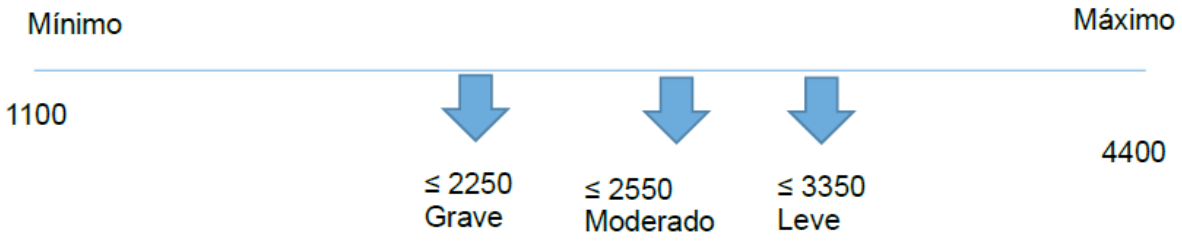
0-4 anos – Deficiência Auditiva, Deficiência Visual, Deficiência Mental-Psicossocial



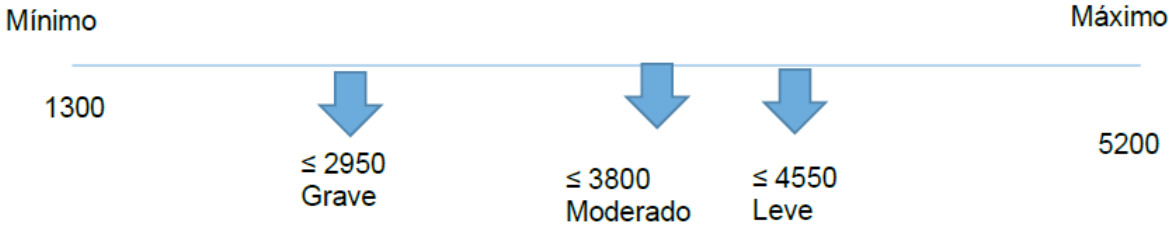
5-10 anos – Deficiência Física, Deficiência Intelectual



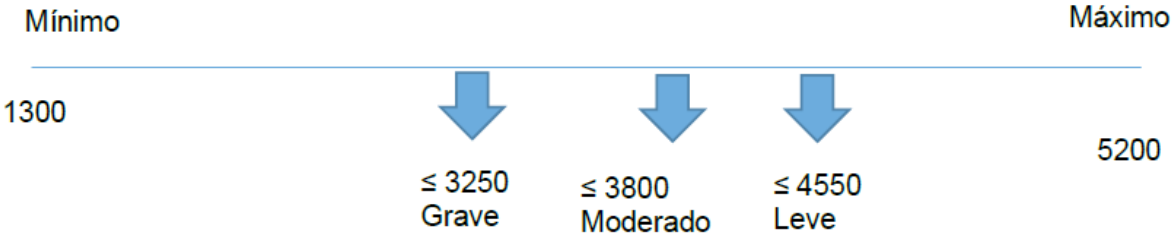
5-10 anos – Deficiência Auditiva, Deficiência Visual, Deficiência Mental-Psicossocial



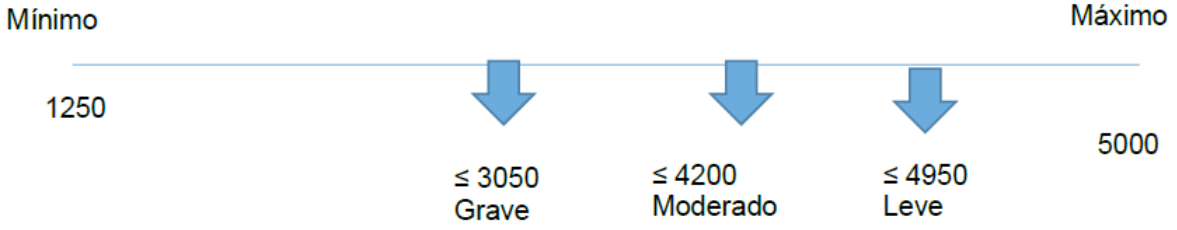
11-17 anos – Deficiência Intelectual, Deficiência Mental-Psicossocial



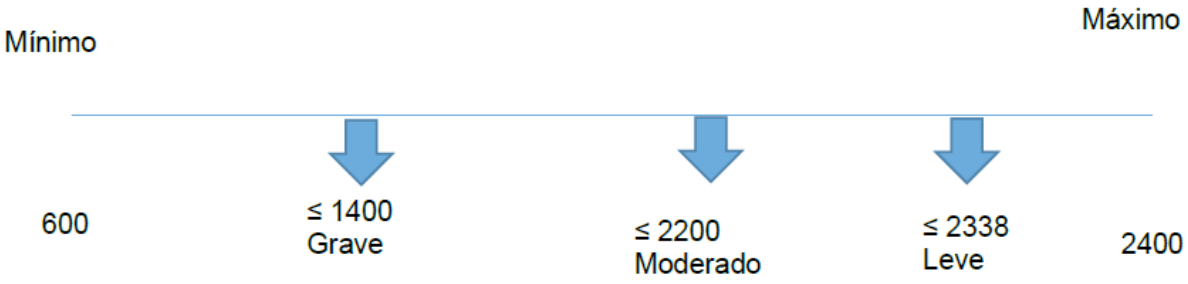
11-17 anos - Deficiência Auditiva, Deficiência Visual, Deficiência Física



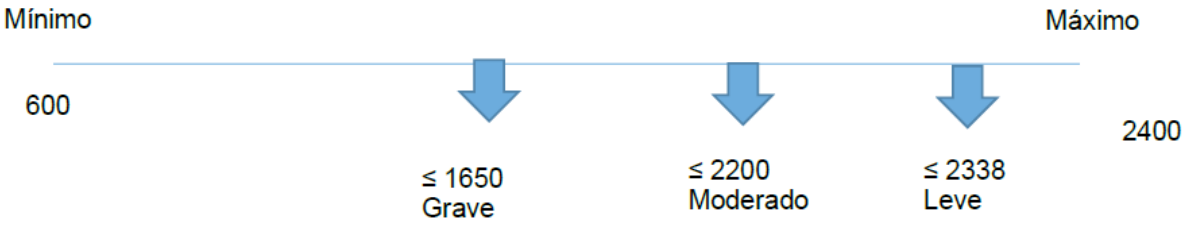
18-59 anos – Todos os impedimentos



60 anos ou mais – Deficiência Auditiva, Deficiência Física



60 ou mais – Deficiência Visual, Deficiência Intelectual, mental-psicossocial



IV. Componente de Ponderação - Regras de Sistema

Este componente foi criado a partir de perguntas-chave, com o objetivo de ponderar o resultado da matriz de atividades e participação, para melhor focalização do instrumento.

1. Se o sistema capturou uma resposta NÃO à pergunta-chave em determinada faixa etária, muda-se a gravidade da deficiência de grave para moderado, de moderado para leve e de leve para sem deficiência.

2. Se o sistema capturou uma respondeu SIM à pergunta-chave em determinada faixa etária permanece a gravidade original do IFBr-M.

Esse componente foi testado na base de dados da pesquisa de validação do IFBr-M, tendo-se observado uma melhor focalização do instrumento, com redução do número de avaliados classificados como pessoas com deficiência leve e aumento do número de pessoas sem deficiência.

Faixa Etária	Pergunta-chave
0 – 4 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 ou 50 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
5 – 10 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
11 – 17 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?

18 – 59 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
60 anos ou mais	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 3 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?

V. Questões complementares para extremos de idade

As limitações e restrições são naturalmente maiores em crianças de baixa idade e idosos.

Em razão dessa condição natural faz-se necessário separar os impactos do(s) impedimento(s) e da faixa etária na funcionalidade.

Esses indicadores nos extremos de idade foram incluídos para monitorar os resultados do instrumento, ou seja, não interferem na conclusão da avaliação.

Por meio de informações do sistema, questões relacionadas ao impacto do(s) impedimento(s) serão automaticamente respondidas e analisadas, a fim de verificar se o instrumento está adequado ao seu objetivo de caracterizar a deficiência.

Aplica-se apenas para as faixas etárias de 0 a 4 anos, de 5 a 10 anos e 60 anos ou mais.

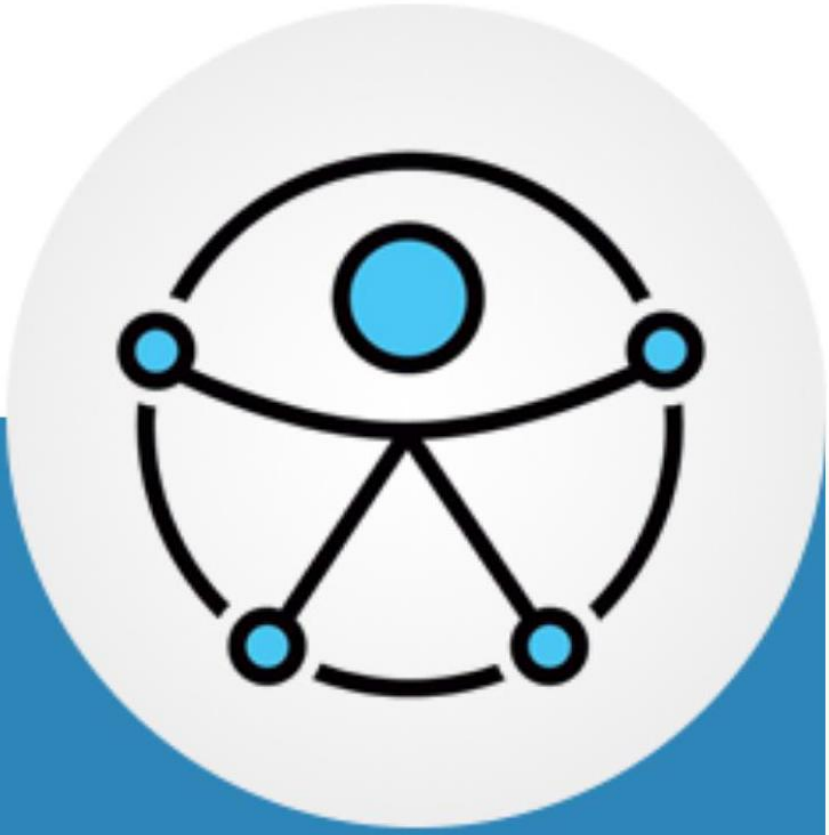
Faixas Etárias (0-4 anos e 5-10 anos)
Há impedimento(s) que compromete(m) a comunicação?
Há impedimento(s) que compromete(m) movimentos, como mudar posição do corpo, deslocar-se, pegar objetos ou a realização de funções fisiológicas básicas, como alimentação, micção e defecação?
Há impedimento(s) que compromete(m) enxergar/identificar objetos?
Há impedimento(s) que compromete(m) aquisição de habilidades básicas do desenvolvimento e/ou ações como brincar ou interagir?
Faixa Etária (60 anos ou mais)
Há impedimento(s) que compromete(m) a comunicação?
Há impedimento(s) que compromete(m) movimentos, como mudar posição do corpo, deslocar-se, pegar objetos ou a realização de funções fisiológicas básicas, como alimentação, micção e defecação?
Há impedimento(s) que compromete(m) enxergar/identificar objetos?
Há impedimento(s) que compromete(m) o planejamento, a organização e a execução de atividades básicas da vida diária?

Quem prestou as informações? *(permite no máximo duas marcações):*

( ) própria pessoa

( ) pessoa da família (Nome/RG/CPF)

( ) pessoa sem vínculo familiar (Nome/RG/CPF)



RELATÓRIO DE ANÁLISE *EX ANTE*

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO DA AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

BRASÍLIA, OUTUBRO DE 2021

SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

RELATÓRIO DE ANÁLISE *EX ANTE* DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO DA AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

EXPEDIENTE

Jair Bolsonaro
Presidente da República Federativa do Brasil

Damares Alves
Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

Tatiana Barbosa de Alvarenga
Secretária Executiva do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

Cláudio de Castro Panoeiro
Secretário Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

FICHA TÉCNICA

Equipe Executiva:

Ana Paula Nedavaska
Liliane Cristina Goncalves Bernardes
Március Alves Crispim
Rodrigo Abreu de Freitas Machado

Assessoria:

Rodrigo Moraes Lima Delgado (Enap)
Lúcia Queiroz (Enap)

Equipe Relatora:

Cibele Fernandes Sofia
Hellayne Meneses Ribeiro
Hisaac Alves De Oliveira
José Naum de Mesquita Chagas
Joyce Harabara Santana
Liliane Cristina Goncalves Bernardes
Luciana Gill Barbosa
Március Alves Crispim
Rodrigo Abreu de Freitas Machado
Vânia Tie Koga Ferreira

Participantes das oficinas:

Adriana Haas Villas Boas
Ana Paula Nedavaska
Camila Chrispim de Carvalho
Cibele Fernandes Sofia
Daniella Martins Da Silva
Hellayne Meneses Ribeiro
Hisaac Alves De Oliveira
Izana Aparecida Barbosa Figueira
José Naum de Mesquita Chagas
Josue Ribeiro Costa da Silva
Joyce Harabara Santana
Liliane Cristina Goncalves Bernardes
Loyanne Paiva Lima
Luciana Gill Barbosa
Március Alves Crispim
Moara Pedrosa Braga Silva
Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira
Rodrigo Abreu de Freitas Machado
Vânia Tie Koga Ferreira
Yara Helena De Carvalho Paiva

Sumário

1. Introdução 6
2. Objeto da Análise 11
3. Diagnóstico do problema 17
3.1. Definição do problema 18
3.2. Descritores do problema 19
3.3. Principais causas do problema 20
3.4. Evidências disponíveis no Brasil 23
3.4.1. O Instrumento do BPC captura deficiências mais graves 23
3.4.2. Determinantes da concessão do BPC são biomédicos 25
3.4.3. Tempo de espera do cidadão para realização da avaliação do BPC 27
3.4.4. Falta de interoperabilidade entre as bases 28
3.4.5. Judicialização do BPC 30
3.5. Consequências 33
3.6. Comparação Internacional 37
3.6.1. A credibilidade da avaliação de deficiência 37
3.6.2. Modelos de avaliação de deficiência em todo o mundo 38
I. O Modelo Chileno de avaliação da deficiência 41
a) Características do Processo de Avaliação da Deficiência 41
b) Registro Nacional de Deficiência 42
c) Acesso a benefícios 43
II. Modelo Argentino de avaliação da deficiência 43
a) Características do Processo de Avaliação da Deficiência 44
b) Acesso a benefícios 45
III. O Modelo Francês de avaliação da deficiência 45
a) Características do Processo de Avaliação da Deficiência 45
b) Equipe Multidisciplinar de Avaliação 47
c) Comissão para os Direitos e Autonomia das Pessoas com Deficiência (CDAPH) 47
d) Acesso a Benefícios 48
e) Subsídio para adultos com deficiência (AAH) 49
3.7. Razões para que o governo federal intervenha no problema 49
3.8. Histórico da construção da avaliação biopsicossocial da deficiência e a proposta do Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência 52
3.8.1. O início dos trabalhos: o IF-Br 52
3.8.2. O IFBr-A 53

3.8.3. A Lei nº 13.146/2015: Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência 54
3.8.4. O IFBr-M 55
3.8.5. A PROPOSTA DA SNDPD/MMFDH 58
I. PROPOSTA DE ALTERAÇÕES NO INSTRUMENTO DO IFBR-M 59
a) Diagnóstico 59
b) Objetivos das alterações 60
c) Como foi construída a proposta de alteração 60
d) Componentes do Instrumento Ajustado 61
1) Formulário de avaliação inicial 61
2) Inclusão de Formulário de Fatores Ambientais 61
3) Aprimoramento do Formulário de Funções e Estruturas do Corpo 61
4) Formulário de Atividades e Participação 62
5) Componente de Ponderação 62
6) Monitoramento Complementar para Extremos de Idade 64
7) Componente específico para o Benefício de Prestação Continuada 64
II. PROPOSTA DE SISTEMA UNIFICADO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA 66
a) Escopo do Sistema Único de Avaliação e Certificação da Deficiência 66
b) Operacionalização por etapas 67
c) Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência 68
4. Identificação dos objetivos, das ações e dos resultados esperados 69
4.1. Os resultados e os impactos esperados 69
4.2. As ações a serem implantadas 69
4.3. As metas de entrega dos produtos 71
4.4. Relação existente entre as causas do problema, as ações propostas e os resultados esperados 72
4.5. Análise *SWOT* 73
5. Desenho, estratégia de implementação e focalização 75
5.1. Atores públicos e privados envolvidos e como atuarão na proposta 75
5.2. Articulações com outras políticas em curso no Brasil 76
5.3. Possíveis impactos ambientais decorrentes da execução da proposta 77
5.4. Estimativa do período de vigência da proposta 77
5.5. O público-alvo, as características e estimativas da população elegível 77
5.6. Critérios de priorização da população elegível 78
6. Impacto orçamentário e financeiro 79
6.1. Custos da proposta para os entes públicos e os particulares afetados 79

6.2. Potenciais riscos fiscais da proposta 80
7. Estratégia de construção de confiança e suporte 80
8. Monitoramento, avaliação e controle 82
8.1. Monitoramento e indicadores ao longo da execução da política 82
8.2. Avaliação dos resultados da política 83
8.3. Transparência e a publicação das informações e dos dados da política 83
8.4. Mecanismos de controle a serem adotados 83

1. Introdução

O presente relatório trata da Análise *Ex Ante* do Sistema Unificado da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência que deve ser implementado no Brasil visando atender comando normativos de ordem constitucional e legal.

A presente Avaliação *Ex Ante* foi realizada pela equipe da Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (SNDPD) do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) com assessoria da Escola Nacional da Administração Pública (Enap).

O relatório apresenta os resultados dessa análise iniciando pelo diagnóstico do problema desde sua identificação, suas causas potenciais, consequências, evidências e descritores. Ainda traz informações de políticas semelhantes adotadas por outros países, e as razões pelas quais a intervenção deve ocorrer.

Seguindo, é apresentado o histórico da construção do instrumento único de avaliação biopsicossocial da deficiência e a proposta da SNDPD/MMDFDH de Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência.

Dessa forma, o desenho da política em análise será explicado, com seu objetivo, público-alvo, metas, ações, resultados, produtos, impactos, os atores envolvidos. Além do modelo lógico e análise *swot*.

Após isso, será abordado o impacto orçamentário e financeiro, e as estratégias de implementação, de construção de confiança, monitoramento, avaliação e controle.

Para a realização da análise *ex ante* foram realizadas dezenove oficinas, as quais ocorreram de forma virtual, conforma tabela abaixo:

Tabela I - Informações sobre as oficinas da Análise *Ex Ante*.

Etapa	Data	Oficina
Preparação	07/06/2021	instalação do processo de análise *ex ante*
Diagnóstico do problema	14/06/2021	Objeto de Análise
	21/06/2021	O problema-alvo e suas causas
	28/06/2021	O problema-alvo e suas consequências
	05/07/2021	Descritores do problema
	12/07/2021	Contextualização do problema no cenário internacional
	19/07/2021	Razões para a intervenção federal e iniciativas anteriores
Desenho, estratégia de implementação e focalização	26/07/2021	Objetivos, ações e resultados esperados
	02/08/2021	Modelo lógico da proposta
	09/08/2021	Análise SWOT da proposta
	16/08/2021	Governança
	23/08/2021	Focalização

Estratégia de construção de confiança e suporte	30/08/2021	Construção de confiança e suporte
Monitoramento, Avaliação e Controle	09/09/2021	Processo de monitoramento e o uso de indicadores
Impacto orçamentário e financeiro	16/09/2021	Impacto orçamentário e financeiro
Especialistas e Revisão	23/09/2021	Painel de Especialistas
	30/09/2021	Revisão
	07/10/2021	Oficina de Encerramento

Objetivando realizar a aplicação das atividades trabalhadas nas oficinas, a equipe da SNDPD/MMFDH ainda realizou diversas outras reuniões internas.

Quanto às competências e prerrogativas legais para propositura, implementação e gestão da política em análise, conforme o art. 10 da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, cabe ao MMFDH a coordenação superior dos assuntos, ações governamentais e medidas referentes a pessoas com deficiência.

Destacam-se ainda, competências da atual SNDPD, então Corde, *in verbis*:

> Art. 12. Compete à Corde:
> I - coordenar as ações governamentais e medidas que se refiram às pessoas portadoras de deficiência;
> II - elaborar os planos, programas e projetos subsumidos na Política Nacional para a Integração de Pessoa Portadora de Deficiência, bem como propor as providências necessárias a sua completa implantação e seu adequado desenvolvimento, inclusive as pertinentes a recursos e as de caráter legislativo;
> III - acompanhar e orientar a execução, pela Administração Pública Federal, dos planos, programas e projetos mencionados no inciso anterior;
> IV - manifestar-se sobre a adequação à Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência dos projetos federais a ela conexos, antes da liberação dos recursos respectivos;
> (...)
> Parágrafo único. Na elaboração dos planos, programas e projetos a seu cargo, deverá a Corde recolher, sempre que possível, a opinião das pessoas e entidades interessadas, bem como considerar a necessidade de efetivo apoio aos entes particulares voltados para a integração social das pessoas portadoras de deficiência.

O art. 14 do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com redação dada pelo Decreto nº 9.494/2018, que regulamenta a Lei nº 7.853/1989, dispõe que incumbe ao MMFDH a coordenação superior, na Administração Pública Federal, dos assuntos, das atividades e das medidas que se refiram às pessoas com deficiência.

A Corde, referida na lei, hoje é denominada Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD), órgão específico singular do MMFDH, o qual fora criado pela Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019. A referida norma dispõe que constituem áreas de competência do MMFDH as políticas e diretrizes destinadas à promoção dos direitos humanos, incluídos os direitos da pessoa com deficiência (art. 43, I, f) e que integram sua estrutura básica a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - CONADE (art. 44, VII e XIII).

Em conformidade com o art. 33 do Decreto nº 10.174, de 13 de dezembro de 2019, compete à SNDPD:

> I - assistir o Ministro de Estado nas questões relativas a pessoas com deficiência;
> II - coordenar os assuntos, as ações governamentais e as medidas referentes à pessoa com deficiência;
> III - coordenar ações de prevenção e eliminação de todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência e propiciar sua plena inclusão na sociedade;
> **IV - coordenar, orientar e acompanhar as medidas de promoção, garantia e defesa dos ditames da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, mediante o desenvolvimento de políticas públicas de inclusão da pessoa com deficiência;**
> **V - estimular a inclusão da proteção e defesa dos direitos da pessoa com deficiência nas políticas públicas e nos programas governamentais;**
> VI - coordenar e supervisionar ações relativas à acessibilidade e à promoção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência;
> VII - articular-se com órgãos e entidades governamentais, com instituições não governamentais e com associações representativas de pessoas com deficiência, para a implementação de ações de promoção e defesa dos direitos da pessoa com deficiência;
> VIII - estimular e promover a realização de audiências e consultas públicas que envolvam as pessoas com deficiência para a participação na elaboração das ações e políticas que lhes dizem respeito;
> **IX - fomentar a adoção de medidas para a proteção da integridade física e mental da pessoa com deficiência;**
> X - coordenar as ações de prevenção e de enfrentamento de todas as formas de exploração, violência e abuso de pessoas com deficiência;
> **XI - coordenar, acompanhar e orientar a execução dos planos, programas e projetos relativos à inclusão da pessoa com deficiência;**
> XII - articular, negociar e propor acordos com instituições governamentais, não governamentais e com as associações representativas de pessoas com deficiência nacionais e internacionais;
> XIII - assessorar o Ministro de Estado na articulação com o Ministério Público, os órgãos dos Poderes Judiciário, Legislativo e Executivo federal, os demais entes federativos e as organizações da sociedade civil nas ações de combate à discriminação da pessoa com deficiência;
> XIV - fomentar a implementação do desenho universal no desenvolvimento de produtos, serviços, equipamentos e instalações;
> XV - fomentar o desenvolvimento e a produção de tecnologias assistivas;
> **XVI - apoiar e promover estudos e pesquisas sobre temas relativos à pessoa com deficiência, para a formulação e a implementação de políticas;**
> XVII - apoiar e estimular a formação, a atuação e a articulação da rede de Conselhos de Direitos das Pessoas com Deficiência;
> XVIII - propor e incentivar a realização de campanhas de conscientização pública que objetivem o respeito pela autonomia, a equiparação de oportunidades e a inclusão social da pessoa com deficiência;
> XIX - colaborar com as iniciativas de projetos e de acordos de cooperação com organismos internacionais na área da deficiência;
> **XX - propor a adequação e o aperfeiçoamento da legislação relativa aos temas de sua competência;** e
> **XXI - formular, apoiar, articular e avaliar políticas públicas para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência com base na perspectiva da família, no fortalecimento de vínculos familiares e na solidariedade intergeracional, visando à sua plena integração na sociedade.** (grifo nosso)

Sobre as competências da SNDPD, especificamente para propor o instrumento do Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, ainda podemos citar:

❖ **PARECER n. 00629/2019/GAB/CONJUR-MDH/CGU/AGU (NUP: 00135.215298/2019-43) -** A Secretaria Nacional dos direitos da Pessoa com Deficiência solicitou posicionamento jurídico quanto ao **respaldo legal referente a competência de outros órgãos em criar o instrumento de avaliação biopsicossocial**, "*em especial considerando-se as competências deste Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos em relação à coordenação superior dos assuntos, ações governamentais e medidas referentes a pessoas com deficiência*".

No referido parecer, a Consultoria Jurídica salientou que se encontra na esfera de competências do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos o estabelecimento das políticas e das diretrizes destinadas à promoção dos direitos humanos, incluídos os direitos da pessoa com deficiência, nos termos do art. 43, inciso I, alínea "f", da Lei nº 13.844, de 2019. E que compete à Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em especial, "coordenar os assuntos, as ações governamentais e as medidas referentes à pessoa com deficiência e, ainda, coordenar, orientar e acompanhar as medidas de promoção, garantia e defesa dos ditames da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto n º 6.949, de 25 de agosto de 2009, mediante o desenvolvimento de políticas públicas de inclusão da pessoa com deficiência; (art. 30, incisos II e IV do Decreto nº 9.673, de 2019)".

Em seu parecer, a CONJUR menciona o **Decreto nº 8.954, de 2017, a fim de, dentre outras atribuições, criar os instrumentos definidos pela LBI;** e aponta composição heterogênea do Comitê, embora a competência de coordenação das atividades fosse da então Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Justiça e Cidadania, que o coordenará.

Ainda, a CONJUR salienta que, "apesar de o colegiado instituído pelo Decreto nº 8.954, de 2017, ter sido extinto em 28 de junho do corrente ano, em razão do disposto no art. 2º do Decreto nº 9.759, de 2019, a competência estabelecida na Lei nº 13.844, de 2019, atrai a essa pasta a referida matéria". Tanto o é que, no âmbito federal, "foi instituído o Grupo de Trabalho LBI, com a finalidade de elaborar propostas de regulamentação da Lei n° 13.146, no âmbito do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, por meio da Portaria MMFDH nº 15, de 30 de janeiro de 2019 (Diário Oficial da União, Seção 2, p. 142)".

Por fim, ainda que a política e a definição do instrumento afetem outras pastas e sejam de interesse dos outros órgãos envolvidos, e embora possam estabelecer instrumentos específicos às suas próprias políticas, "devem submeter sugestões e necessidades ao órgão competente, no caso, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, coordenador da política na esfera federal".

❖ **Acórdão nº 2140/2017-TCU-Plenário -** O Tribunal de Contas da União, no Acórdão nº 2140/2017, fez uma série de recomendações à Casa Civil e à Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência "*com o objetivo de avaliar a governança da política pública para pessoas com deficiência, tendo em vista os problemas relacionados aos aspectos da institucionalização, accountability, coordenação e coerência, capacidade operacional e recursos e monitoramento e avaliação do Plano Viver sem Limite (Plano nacional relacionado à política para pessoas com deficiência)*."

Entre elas, destaca-se "9.1. recomendar à Casa Civil e ao Ministério dos Direitos Humanos que realizem estudos com vistas à implementação de uma política permanente de proteção dos direitos dos deficientes, com

ações perenes, bem planejadas e executadas, internalizadas pelos órgãos federais competentes, pelos demais entes da federação e pela sociedade."

❖ **Acórdão nº 2580/2019-TCU-Plenário -** Em 2019 o TCU emitiu novo Acórdão determinando que as medidas de implementação das recomendações condidas no Acórdão nº 2140/2017-TCU fossem apresentadas na forma de um plano de ação.
Em resposta, a SNDPD elaborou em abril/2020 um Plano de Ação, estruturado em três eixos, de forma a atender adequadamente às recomendações dos Acórdãos. O primeiro eixo é a **Realização de estudos para fundamentar as políticas públicas;** o segundo eixo, **Aperfeiçoamento da comunicação com entes federados, entidades representativas de pessoas com deficiência e o CONADE;** o terceiro eixo é o **Mecanismo de Monitoramento e Avaliação das políticas públicas.**
Importa destacar que, dentre as ações elencadas no Plano de Ação, têm-se como prioritárias a implantação da **Avaliação Biopsicossocial da Deficiência** e do **Cadastro-Inclusão.** Ambas as ações derivam da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência e são medidas estruturantes para toda a política da pessoa com deficiência.

❖ **Acórdão nº 1435/2020-TCU-Plenário -** A Auditoria teve por objeto de análise a concessão do Benefício de Prestação Continuada, "*especialmente no que concerne à verificação da adequação da inscrição de seus beneficiários no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, ao levantamento dos principais fatores que explicam sua judicialização, e à avaliação da sustentabilidade atuarial desse benefício*".
Em relação à implantação da avaliação biopsicossocial, há que se observar a seguinte determinação: "9.1. determinar ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, com fulcro no art. 43, inciso I da Lei 8.443/1992, combinado com o art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, implante os instrumentos para avaliação de deficiência determinados no art. 2º, § 2º, da Lei 13.146/2015, possíveis de serem usados em outras políticas para pessoas com deficiência, conforme disposição do art. 16, § 8º, do Decreto 6.214/2007, levando em consideração os dois modelos já desenvolvidos (IFBr-M e Probad) e as melhorias no processo propostas no presente trabalho".

É imperioso salientar que o TCU concedeu um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que a SNDPD/MMFDH implante os instrumentos para avaliação de deficiência determinado no art. 2º, § 2º, da Lei 13.146/2015 – ou seja, **o prazo encerra-se em 30 de setembro de 2021.**

Portanto, temos estabelecida a competência da SNDPD para a propositura da presente e de outras políticas públicas de âmbito federal voltadas às pessoas com deficiência, visando a proteção de seus direitos e a garantia de sua plena inclusão social.

2. Objeto da Análise

Inicialmente é importante destacar que o Brasil possui uma rica legislação de promoção e proteção dos direitos das pessoas com deficiência, inclusive previsão constitucional originária quanto às responsabilidades da família, da sociedade e do Estado no tocante à proteção e à inclusão social dessas pessoas.

O Brasil ratificou, com *status* de Emenda Constitucional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e seu Protocolo Facultativo por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

A Convenção possui como propósito "***promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente***" e **define deficiência como "*impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições***". Ao ratificá-la, o Estado Brasileiro se comprometeu em adotar esse novo conceito de deficiência e implementar uma avaliação biopsicossocial da deficiência. Dessa forma, o conceito de deficiência a ser adotado por todas as políticas públicas nacionais deve estar em consonância com esse novo paradigma.

Inspirada na CDPD, a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, denominada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência, define:

> Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.
> § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência)
> I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
> II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
> III - a limitação no desempenho de atividades; e
> IV - a restrição de participação.
> § 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência. (Vide Lei nº 13.846, de 2019) (Vide Lei nº 14.126, de 2021)

Temos que o legislador ordinário, além de determinar que o Poder Executivo criasse o instrumento de avaliação, também fixou prazo para a implementação da avaliação biopsicossocial da deficiência:

> Art. 124. **O § 1º do art. 2º desta Lei deverá entrar em vigor em até 2 (dois) anos, contados da entrada em vigor desta Lei**. (grifo nosso)

Mesmo diante dessas alterações no ordenamento jurídico brasileiro, atualmente, a grande maioria das avaliações da deficiência para acesso a políticas afirmativas e benefícios ainda são baseadas exclusivamente em diagnósticos de doenças, agravos e sequelas a partir da Classificação Internacional de Doenças – CID, em uma visão predominantemente biomédica – ou seja, não estão de acordo com a Convenção e com a LBI, por não terem o caráter biopsicossocial.

Persistem processos de avaliação da deficiência heterogêneos, com parâmetros distintos que são definidos por cada órgão gestor das políticas, e as pessoas com deficiência precisam ir a diferentes equipamentos públicos para ter reconhecimento de sua condição e, ainda assim, não o tem com base na presente legislação. Isso gera ônus indevido para pessoas com deficiência, suas famílias e para o Estado, pois o processo de avaliação é permeado por retrabalho, desperdício de recursos, rotinas e procedimentos pouco eficientes, ultrapassados e onerosos.

Diante disso, é patente a urgente necessidade de regulamentar o art. 2º da LBI, visto que já se encontra ultrapassado o prazo de vigência para a criação do instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência, destacando-se a necessidade de implementação de dois processos distintos para efetivar a avaliação: o primeiro, que trata da criação do instrumento único de avaliação em si, e que foi concluída; e o segundo, que diz respeito aos aspectos administrativos e de gestão da implantação da avaliação, que envolve uma série de definições de procedimentos e rotinas, os quais foram abordados durante o processo de construção de proposta de instrumento pela SNDPD.

Conforme já dito, as avaliações para reconhecimento da condição de deficiência no País, em sua grande maioria, são ainda baseadas exclusivamente em diagnósticos de doenças, agravos e sequelas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS) – são biomédicas.

Portanto, contrariam o novo comando normativo da Convenção e da LBI, que determinam um modelo biopsicossocial de avaliação da deficiência, que considera elementos definidos na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), também da OMS.

A CIF compreende a deficiência como uma condição que possui caráter relacional, resultante da interação do impedimento no corpo com as barreiras do meio, gerando restrição de participação social do indivíduo em relação às demais pessoas que não vivenciam a deficiência.

Além disso, os processos de avaliação para acesso às diferentes políticas, serviços e benefícios são heterogêneos, com parâmetros distintos para cada órgão ou serviço. Com isso, o reconhecimento da deficiência não é uniformizado no território nacional, o que gera ambiguidades, desigualdades e pode motivar ações judiciais.

A LBI estabelece em seu art. 2º, §2º, que o Poder Executivo é responsável pela criação de instrumentos de avaliação biopsicossocial da deficiência. Entretanto,

além da criação de instrumento que atenda à legislação, é preciso observar outros parâmetros, como critérios técnico-científicos e mecanismos, rotinas e procedimentos para a implantação dessa ferramenta de avaliação nos serviços e equipamentos públicos, considerando-se sua abrangência nacional.

Logo, é necessário considerar aspectos do federalismo, de forma a permitir a adesão de Estados, Distrito Federal e Municípios a essa nova política, bem como dos demais Poderes nas três esferas de governo, a fim de ampliar sua abrangência e catalisar seus efeitos. Para tanto, deve-se prever mecanismos de incentivo à adesão desses Entes e Poderes, levando-se em conta que equipamentos públicos e recursos humanos deles podem ser valiosos e necessários para dilatar sua capilaridade e potencializar os meios necessários à efetivação de um sistema de avaliação de âmbito nacional.

Assim, entende-se que um modelo adequado para essa transição que já é utilizado em outros países é a criação de um Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, de âmbito nacional, envolvendo os demais Poderes e Entes Federados por adesão, com responsabilidades compartilhadas e buscando finalidades conjuntas no que se refere à avaliação e certificação da deficiência.

Conforme levantamento realizado pela SNDPD/MMFDH, há mais de 30 (trinta) políticas de âmbito federal que poderão ser atingidas diretamente pelo Sistema Unificado. Identifica-se a necessidade de harmonização de toda a legislação que regulamenta essas políticas para que estejam em acordo com o novo modelo de avaliação da deficiência.

A tabela a seguir apresenta levantamento acerca das avaliações de deficiência realizadas por tipo de serviço e benefício, órgão responsável pelo serviço ou benefício e órgão ou serviço responsável pela avaliação da deficiência.

Tabela II – Tipos de Serviços ou Benefícios que podem requerer a caracterização da deficiência para acesso e fruição

Tipo de Serviço ou Benefício	Órgão responsável pelo serviço ou benefício	Órgão responsável pela Avaliação da Deficiência
Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/ME
Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção	Ministério da Economia	SIASS/ME
Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental	Ministério da Economia	SIASS/ME
Horário especial para servidor com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/ME

Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/ME
Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência	Ministério da Economia	SIASS/ME
Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar	Ministério da Economia	SIASS/ME
Meia-Entrada	Ministério da Cidadania	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS (BPC e LC 142)
Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel	Ministério Economia	Detran ou serviço privado credenciado pelo Detran ou serviço público de saúde ou serviço privado que integre o SUS ou serviço social autônomo
Prioridade na devolução do Imposto de Renda	Ministério da Economia	Auto declaratório
Isenção de IOF	Ministério da Economia	Detran ou serviço privado credenciado pelo Detran
Isenção de IRPF	Ministério da Economia	Serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios
Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência	Ministério da Infraestrutura	SUS ou serviço de saúde privado
Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos	Ministério da Infraestrutura (Denatran)	Departamento de trânsito municipal
Benefício de Prestação Continuada	Ministério da Cidadania	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS
Residências Inclusivas	Ministério da Cidadania	Encaminhamento via rede
Centros-Dia de Referência	Ministério da Cidadania	Encaminhamento via rede
Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita.	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pela gestão dos serviços e Ministério da Saúde responsável pela formulação macro da política	Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Serviços de Reabilitação em modalidade única (SUS municipal ou estadual)
Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infanto-juvenil	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pela gestão dos serviços e Ministério da Saúde responsável pela indução e apoio técnico e financeiro da política.	CAPS (SUS municipal ou estadual)
Reserva de cargos em empresas para pessoas com deficiência	Ministério do Trabalho e Previdência	SUS municipal ou serviço de saúde privado

Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)	Ministério do Trabalho e Previdência	Médico devidamente identificado por seu registro profissional
Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais	Ministério da Educação	Banca de avaliação local
Reserva de cargos em concursos públicos	Ministério da Economia (apenas regulamenta)	SUS ou serviço de saúde privado
Passe Livre Interestadual	Ministério da Infraestrutura	SUS
Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência	ANAC	Serviço público ou privado
Pensionista com Deficiência	Ministério do Trabalho e Previdência	INSS
Aposentadoria de trabalhador com deficiência (LC 142)	Ministério do Trabalho e Previdência	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS
Reabilitação Profissional	Ministério do Trabalho e Previdência	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS
Auxílio-Inclusão	Ministério da Cidadania	INSS
Pensão por talidomida	Ministério do Trabalho e Previdência	Ministério do Trabalho e Previdência e INSS
Tratado de Marraqueche	Ministério da Cultura	Em regulamentação
Moradia para a vida independente	A regulamentar	A regulamentar
Profissional de apoio escolar	A regulamentar	A regulamentar
Trabalho com apoio	A regulamentar	A regulamentar

Fonte: Elaborado pela SNDPD

Verifica-se, portanto, que existe a necessidade de revisões e consolidação de atos normativos para harmonizar a legislação das atuais políticas públicas federais para as pessoas com deficiência -seja alteração de leis, decretos ou outros atos infralegais - gerando a necessidade de articulação com o Parlamento, uma vez que existem políticas de caráter universal (a exemplo de serviços de saúde, assistência social e também educação inclusiva) e outras que requerem o enquadramento em critérios específicos, como: limite de renda per capita do grupo familiar, comprovação da necessidade de órtese ou prótese, tempo de contribuição em regimes de previdência, gravidade da deficiência, etc.

O instrumento de avaliação biopsicossocial é uma ferramenta de avaliação que demanda capacitação continuada dos profissionais que a utilizarão em razão de suas especificidades e da necessidade de se aplicar o mesmo método de avaliação em todo o território nacional, não importando quais profissionais realizarão a aplicação, garantindo que os parâmetros utilizados sejam os mais uniformes possíveis em todo o País.

Visando atender a essa demanda, entende-se ser necessária a constituição de uma rede de capacitação e certificação no País - Rede Nacional de Avaliação e Certificação da Deficiência, de forma que os profissionais possam ter acesso a essa formação em suas unidades federativas. A rede deve ser coordenada por um colegiado nacional composto por representantes das pastas setoriais responsáveis

pelas políticas para pessoas com deficiência e especialistas, responsável por definir diretrizes, parâmetros, procedimentos e monitoramento da implantação da política - Comitê Nacional de Avaliação e Certificação da Deficiência. Além do colegiado nacional, as unidades federativas deverão possuir comitês regionais responsáveis pela formação continuada dos profissionais avaliadores, bem como o monitoramento dos resultados da implantação da avaliação biopsicossocial.

Para atender à legislação, a equipe de avaliadores deve ser multiprofissional e interdisciplinar. O ideal é a realização da avaliação de forma conjunta, ou seja, os dois profissionais avaliando a pessoa que busca o reconhecimento da condição de deficiência ao mesmo tempo. Entretanto, é sabido que tal condição ideal nem sempre é possível na situação atual dos serviços públicos, especialmente pensando-se em uma política que possa ser incorporada por estados e municípios, ultrapassando os limites das políticas federais. Dessa forma, entende-se ser possível a realização da avaliação pelos profissionais em fases distintas, desde que haja uma etapa na avaliação de discussão conjunta, ou seja, os profissionais deverão, ao final da avaliação, discutir conjuntamente a avaliação realizada e registrar essa etapa.

Neste contexto, a presente Análise *Ex Ante* recairá sobre a Implementação do Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência enquanto Política Pública Federal para o reconhecimento dessa condição humana nos moldes da legislação vigente, bem como dos procedimentos necessários à sua implementação.

3. Diagnóstico do problema

Políticas públicas devem ser concebidas a partir de uma concepção sólida, com diagnóstico preciso do problema-alvo, para que o Estado possa intervir de maneira a solucionar o problema ou responder a uma demanda da sociedade precisamente.

Desta forma, a primeira etapa para realizar a análise da viabilidade da implantação da política que instituirá o Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência consiste no diagnóstico do problema ao qual pretende-se intervir.

Somente após essa identificação se pode compreender suas causas e consequências, o que possibilitará uma investigação de evidências que comprovem a existência do problema, bem como realizar uma análise dos cenários nacional e internacional, para obter o histórico de experiências anteriores na implantação do Sistema Unificado.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, de observância obrigatória para os entes da federação, estabelece, no §1º do art. 2º, que a avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; e a restrição na participação.

Tal dispositivo decorre do reconhecimento, a partir da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência1, de que a

> "deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas".

Inclusive, segundo a definição do Artigo 1 – Propósito da Convenção Internacional,

> "Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas".

1 O Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, ratificou a Convenção Internacional com equivalência de Emenda Constitucional. O Decreto nº 6.949, 25 de agosto de 2009, promulgou a Convenção Internacional.

A legislação federal prévia à Lei Brasileira de Inclusão dispõe sobre a avaliação da deficiência de formas diversas, em geral limitadas em relação aos profissionais que a realizam e aos aspectos que considera, sob uma ótica em desarmonia ao conceito de deficiência trazido pela Convenção Internacional.

3.1. Definição do problema

O parágrafo segundo do art. 2º da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência indica que o Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

A partir da criação desses instrumentos de avaliação – ou de um instrumento único, como se propõe – e do planejamento e implementação de novos formatos de avaliação da deficiência, sejam eles definidos pela União, estados, municípios ou pelo Distrito Federal, realizadas as alterações legais e organizacionais necessárias, o País se aproximará dos comandos da Convenção Internacional e da Lei Brasileira de Inclusão.

Atualmente, pela ausência de regulamentação dos artigos 2º e 92 da Lei Brasileira de Inclusão, os processos de avaliação da deficiência no âmbito federal continuam sendo, em sua grande maioria, baseados em diagnósticos exclusivamente médicos.

Ademais, são heterogêneos e utilizam parâmetros diferentes para cada órgão, política ou serviço, implicando a necessidade de a pessoa com deficiência buscar diversos órgãos – a depender das políticas públicas que pretende acessar – e realizar diferentes avaliações para a identificação de uma mesma deficiência.

Considerando ainda que as políticas públicas indicam, por vezes, a utilização de laudos com modelos específicos, laudos com determinados prazos de validade, as pessoas com deficiência precisam voltar a esses órgãos periodicamente para renovação do acesso à política pública. Inclusive, a pessoa com deficiência pode, em algum momento, ter garantido o acesso a uma determinada política e não ter acesso a outra (ou outras) devido aos diferentes prazos de validade aceitos para laudos e/ou outros critérios de tempo de cada política pública.

Essa situação gera ônus tanto para a pessoa com deficiência quanto para o Estado, já que a mesma pessoa é avaliada diversas vezes para o mesmo fim: a caracterização da deficiência.

Verifica-se, portanto, que a política atual de avaliação e certificação da condição de deficiência é pouco eficiente, pois há retrabalho, desperdício de recursos físicos e financeiros, as rotinas e procedimentos são heterogêneos e pouco eficazes, além de ultrapassados, e não condizentes com a legislação atual, em sua maioria.

O art. 124 da Lei Brasileira de Inclusão estabelece que a avaliação da deficiência, conforme o parágrafo 1º do art. 2º, “deverá entrar em vigor em até 2 (dois) anos, contados da entrada em vigor desta Lei”.

Ou seja, o Poder Executivo deveria ter criado e implementado instrumentos para a avaliação da deficiência, no modelo biopsicossocial, desde janeiro de 2018. Entretanto, mesmo já passados quase quatro anos desse marco temporal, as avaliações da deficiência para acesso a políticas afirmativas e benefícios são baseadas em diagnósticos predominantemente médicos, ou seja, em desacordo com a Convenção e com a LBI.

Nessa esteira, é urgente a necessidade de se instituir um novo modelo para realizar avaliações da deficiência, em sintonia com a evolução da legislação brasileira – e mundial, o que se propõe que seja feito pela implementação de um Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

Por todo o exposto, define-se o problema desta análise *ex ante:*

As pessoas com deficiência não têm o reconhecimento da sua condição de acordo com a legislação vigente.

3.2. Descritores do problema

Um exemplo de lei federal que trata a avaliação da deficiência de forma diversa à nova ótica trazida pela Convenção Internacional é a Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 19952, que dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóveis por pessoas com deficiência. O art. 1º dessa Lei dispõe:

> "Art. 1º Ficam isentos do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) os automóveis de passageiros de fabricação nacional, equipados com motor de cilindrada não superior a 2.000 cm³ (dois mil centímetros cúbicos), de, no mínimo, 4 (quatro) portas, inclusive a de acesso ao bagageiro, movidos a combustível de origem renovável, sistema reversível de combustão ou híbrido e elétricos, quando adquiridos por:
> (...)
> IV – pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas, diretamente ou por intermédio de seu representante legal; (Redação dada pela Lei nº 10.690, de 16.6.2003)
> (...)
> § 1º Para a concessão do benefício previsto no art. 1º é considerada também pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. (Incluído pela Lei nº 10.690, de 16.6.2003)
> § 2º Para a concessão do benefício previsto no art. 1º é considerada pessoa portadora de deficiência visual aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20°, ou ocorrência simultânea de ambas as situações. (Incluído pela Lei nº 10.690, de 16.6.2003)."

2 Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8989.htm

A Instrução Normativa RFB nº 1.769, de 18 de dezembro de 20173, disciplina a aplicação da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de veículos por pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas.

Em seu art. 4º, indica que a isenção será requerida eletronicamente no Sistema de Concessão Eletrônica de Isenção IPI/IOF (Sisen), disponível no sítio da Secretaria da Receita Federal do Brasil, devendo ser anexado, dentre outras, cópias digitalizadas de:

> "laudo de avaliação emitido por prestador de serviço público de saúde, por serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Detran ou por suas clínicas credenciadas, ou por intermédio de serviço social autônomo, sem fins lucrativos, caso não tenha sido emitido laudo de avaliação eletrônico".

O Anexo V da referida Instrução Normativa, que apresenta o Laudo de Avaliação para Isenção de IPI – Pessoa com Deficiência Física e/ou Visual, destaca em Instruções e Informações Complementares que "a deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência e que prestem serviço para a Unidade Emissora do Laudo.

Outro exemplo de lei que dispõe sobre avaliação da deficiência em perspectiva distinta à da Convenção Internacional e da Lei Brasileira de Inclusão é a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 19944, que dispõe sobre passe livre às pessoas com deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual:

> "Art. 1º É concedido passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual".

A Portaria do Ministério da Saúde nº 835, de 17 de agosto de 20215, que altera o Anexo da Portaria SAS/MS nº 502, de 28 de dezembro de 2009, que dispõe sobre o "Atestado e Relatório da equipe multiprofissional para a identificação das pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde", apresenta documento referenciado na Lei do Passe Livre e, dentre outros, no Decreto nº 3.691, de 19 de dezembro de 2000, contendo itens de avaliação focalizados em aspectos da área da saúde, relacionando as deficiências de naturezas diversas (física, auditiva, visual, intelectual/mental) à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), sem considerar demais aspectos elencados na Lei Brasileira de Inclusão.

3.3. Principais causas do problema

Desenvolver um instrumento de avaliação da deficiência sob a perspectiva biopsicossocial e estabelecer um modelo de implementação dessa nova forma de avaliação

3 Fonte: http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?idAto=88750&visao=original.
4 Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8899.htm
5 Fonte: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-835-de-17-de-agosto-de-2021-340161612

tem muitos desafios, sobretudo pelo impacto de mudanças que ocorrerão nas formas de avaliação da deficiência já estruturadas, vigentes.

Considerando ainda a possibilidade ora proposta, de um **modelo único de avaliação biopsicossocial** – importante pelos benefícios que oferece para a pessoa com deficiência ao solicitar acesso a políticas públicas, bem como para o poder público, na identificação das características populacionais e das demandas das pessoas com deficiência –, amplia-se o desafio de orquestrar profissionais, órgãos, entes, instituições em um objetivo comum.

Além da definição de um modelo único de avaliação, destaca-se o desafio de se estruturar o Sistema Unificado de Avaliação, considerando desde o momento da coleta dos dados de cada pessoa avaliada até a organização desses dados em banco único, para consumo, principalmente, dos órgãos que fazem a gestão de políticas públicas para as pessoas com deficiência.

É necessário, por exemplo, identificar órgãos e instituições que realizarão a avaliação, tendo em conta – a partir da demanda da população –, a quantidade de profissionais necessários, bem como a identificação dos profissionais competentes para realizá-la. É preciso identificar a capacidade instalada dos órgãos e instituições, o acréscimo de pessoal necessário, eventuais mudanças nos espaços de atendimento, equipamentos de trabalho (como computadores, mobiliários e materiais de consumo), e acréscimos de despesas nos orçamentos. Definir competências aos integrantes do Sistema, dispor sobre sua coordenação, gestão de recursos humanos (inclusive capacitação), etapas de implementação, gestão do sistema de informações, monitoramento, implementação de melhorias.

Considerando-se que a definição do modelo único de avaliação a ser utilizado ocorreu no âmbito do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência6 em 30 de setembro de 2021, o planejamento dos elementos citados acima ainda será desenvolvido pelos órgãos que participarão do Sistema Unificado de Avaliação. Nessa linha, sintetiza-se a causa principal do fato de as pessoas com deficiência não terem o reconhecimento da sua condição de acordo com a legislação vigente **na ausência da regulamentação dos artigos 2º e 92 da Lei Brasileira de Inclusão**.

A propósito, a definição do instrumento de avaliação ocorreu no âmbito do Grupo de Trabalho por votação de seus membros. Foram construídas duas propostas de instrumentos a partir de um instrumento de avaliação da deficiência validado técnica e cientificamente pela Universidade de Brasília. As propostas visaram ajustar o instrumento validado ao rol de políticas federais para pessoas com deficiência, tendo em vista que as políticas têm objetivos distintos e o instrumento precisa se adequar a finalidades diversas, além de levar em conta um eventual impacto fiscal da mudança

---

6 Instituído pelo Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020 (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10415.htm)

do conceito de deficiência a partir de possível alteração no perfil do beneficiário. Destaca-se que no momento da votação não havia representante do CONADE, em razão de sua inatividade, aguardando a realização do processo seletivo para definir sua nova composição.

Atualmente, como visto, cada órgão define os critérios para acesso à política pública sob a sua gestão, inclusive os parâmetros da avaliação da deficiência que devem constar de laudos e relatórios. Em outras palavras, não há uma padronização, no Governo Federal, na forma de se identificar se uma pessoa tem ou não alguma deficiência, bem como o grau dessa deficiência.

Assim, quando uma pessoa quer acessar determinada política pública, em regra, o laudo solicitado para esse fim não é utilizado para acesso a outra política pública. A pessoa com deficiência, então, faz, no decorrer de sua vida, diversos laudos para identificar a presença de uma mesma deficiência.

Observando o contexto do problema, destacam-se algumas causas estruturantes, quais são:

- **indefinição, até 30 de setembro de 2021, do instrumento único de avaliação biopsicossocial da deficiência a ser utilizado;**
- **indefinição dos recursos humanos, técnicos, orçamentários e financeiros para implantação do Sistema Unificado, essenciais para o desenho da política.**

A definição do instrumento ocorreu somente com o encerramento dos trabalhos do GTI sobretudo pela ausência de consenso entre os órgãos envolvidos quanto ao modelo de avaliação da deficiência mais adequado para acesso às suas políticas, especialmente no que se refere ao impacto orçamentário e financeiro de determinadas políticas, fato que corroborou com o atraso no processo decisório por um modelo de instrumento.

As definições de deficiência são derivadas dos modelos teóricos e há diversas abordagens para explicar o fenômeno da deficiência com propósitos variados, resultando em conflitos, contradições e confusão entre os termos. No plano teórico, definir deficiência não é simplesmente um exercício de semântica: alterar a definição teórica de deficiência pode ter implicações sociais, econômicas e políticas de grande alcance. Programas administrativos e leis utilizam definições que demarcam a elegibilidade do programa e a cobertura da legislação. Essas definições, que afetam diretamente a vida das pessoas com deficiência, normalmente são baseadas em modelos teóricos.

A perspectiva administrativa da deficiência enfatiza o indivíduo e sua categorização como membro ou não da classe ou grupo de pessoas com deficiência. A partir do conceito de pessoa com deficiência disposto nas normativas e do enquadramento ou não do indivíduo nos critérios e parâmetros exigidos para o reconhecimento da deficiência, o Estado regula o acesso aos direitos ou aos

benefícios para esse público. Portanto, as definições de quem são as pessoas com deficiência são uma importante ferramenta do Estado para exercer controle sobre o acesso a bens e serviços.

Portanto, a definição do instrumento de avaliação é crucial para determinar o acesso às políticas. Daí decorre a dificuldade de consenso entre os órgãos envolvidos, especialmente quando políticas de acesso universal ou de reconhecimento de direitos disputam a definição do instrumento com políticas de cunho assistencial, previdenciário ou de isenções tarifárias, em que há uma preocupação com aumento de custos a partir da ampliação dos beneficiários.

Até então, não foi possível, por exemplo, avançar no planejamento das capacitações, necessárias para disseminar informações principalmente sobre “o que é e como realizar a avaliação biopsicossocial única”, desenvolver o sistema de tecnologia da informação – parte do Cadastro Inclusão – em que serão preenchidas as informações das avaliações realizadas.

Importa destacar ainda que existem entraves entre as categorias profissionais de servidores que trabalham as diversas políticas federais, quanto do grau de importância que cada uma almeja ter no processo de avaliação biopsicossocial da deficiência, os quais devem ser cessados para definição das categorias que atuarão como avaliadores biopsicossociais.

3.4. Evidências disponíveis no Brasil

3.4.1. O Instrumento do BPC captura deficiências mais graves

O Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBRM) foi aprovado em 2020 como um instrumento base para a avaliação da deficiência, conforme Decreto nº 10.415/2020, e deverá ser utilizado para implantação de um sistema unificado a ser adotado pelo Governo Brasileiro, conforme prevê a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). O índice atualiza o sistema vigente de avaliação, saindo do modelo Classificação Internacional de Doenças para a Classificação Internacional de Funcionalidades e Incapacidade em Saúde – CIF (OMS, 2001) e, portanto, adotando critérios biopsicossociais. Desde a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência — aprovada pela ONU (2006) e ratificada pelo Brasil (2008) — discute-se no Brasil novo modelo de avaliação da deficiência, baseado não apenas na visão biomédica (que a entende a deficiência como uma patologia ou impedimento do indivíduo), mas na compreensão de que a deficiência resulta da interação desta lesão com as barreiras sociais que impedem a participação plena da pessoa na sociedade.

Neste contexto foi criado o Comitê do Cadastro Nacional da Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência (Decreto nº 8.954 de 2017), possibilitando a elaboração e validação do IFBr-M. A pesquisa de campo envolvendo a aplicação do IFBRM contou com mais de 8.000 avaliados, com avaliações realizadas por profissionais de diferentes áreas, da Rede de Atenção à

Saúde do SUS, em 50 cidades distintas das cinco regiões do país, sob coordenação da Universidade de Brasília (UnB).

No entanto, enquanto os critérios de avaliação de deficiências têm um caminho claro para tornarem-se unificados – ainda não há unidade entre os critérios de concessão de benefícios às pessoas com deficiência. Em 2020, o Brasil apresenta um grande leque programas sociais que buscam promover assistência básica a esse grupo, dentre estes podemos citar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), uma política pública de combate às desigualdades entre as pessoas pobres com deficiências e idosos, garantida na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 — Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993). Mesmo aprovado há quase três décadas, ainda há divergência quanto às regras de concessão do próprio BPC.

Além do BPC, existem programas atrelados à estrutura de proteção social do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, como o Auxílio-Doença e a Aposentadoria por Invalidez (que apresenta requisitos parecidos com o Auxílio-Doença).

Torna-se então necessário discutir — sob a metodologia do instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência — quais as diferenças nesta escala unificada entre as deficiências cobertas por cada tipo de benefício.

Para realização do estudo sobre o assunto foi contratado o Evidência Express (EVEX). Iniciativa da Diretoria de Altos Estudos da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), o EVEX é uma equipe de pesquisadores focada em reunir, sintetizar e fornecer evidências para o desenho, monitoramento e avaliação de políticas públicas. A missão do EVEX é gerar produtos ágeis, priorizando a qualidade das informações.

Neste estudo, o EVEX apresentou uma análise exploratória dos dados coletados durante a pesquisa de campo do IFBRM com o objetivo de evidenciar as diferenças entre o perfil socioeconômico dos beneficiários do BPC por deficiência e os beneficiários de outros programas. Em síntese, os resultados do EVEX mostraram que os beneficiários do BPC apresentam um perfil socioeconômico muito distinto, sendo muito mais jovens, menos escolarizados e mais concentrados nas zonas rurais do Brasil.

Além disso, o estudo mostra que os beneficiários do BPC apresentam uma prevalência de gravidade avaliada pelo IFBRM de 42%, enquanto a prevalência de gravidade no grupo de comparação que considera beneficiários de outros ou de nenhum programa é de apenas 18%. A diferença entre grupos chega a ser de 34 pontos percentuais quando comparamos o grupo beneficiário do BPC com o grupo beneficiário de outros programas, excluindo os não beneficiários. Aprofundando a exploração das diferenças em relação às dimensões de domínios de atividades funcionais e tipos de deficiência, mostra-se que o grupo que recebe o BPC apresenta, em geral, medidas de deficiência mais graves quando comparados ao grupo que

recebe algum outro ou nenhum benefício, mesmo quando a composição etária da amostra é levada em conta.

O estudo aponta, portanto, para um perfil de gravidade da deficiência mais acentuado para beneficiários do BPC em relação aos beneficiários de outras políticas, perfil este definido em grande medida pelo instrumento de avaliação do BPC, aplicado para estabelecer quem será reconhecido como pessoa com deficiência para acessar o benefício.

O estudo completo encontra-se anexo a este relatório.

Avaliação Biopsicossocial da Deficiência: Análise Comparativa entre os Perfis de Beneficiários de Políticas Públicas – Evidência Express/Escola Nacional de Administração Pública (EvEx/Enap), 2021.

3.4.2. Determinantes da concessão do BPC são biomédicos

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover o próprio sustento, nem de tê-lo provido por sua família. O BPC é prestado pelo INSS e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993). Os critérios de concessão são atualmente regulamentados pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência, LBI) - Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. (BRASIL, 2015a) e implementado pelos instrumentos de avaliação descritos na Portaria Conjunta MDS/INSS nº2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b).

Segundo a LBI (Art. 2, parágrafo 1º), a avaliação da deficiência deve ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar. A avaliação deve considerar: i) os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; ii) os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; iii) a limitação no desempenho de atividades; e iv) a restrição de participação.

O debate para um novo modelo de avaliação da deficiência ocorre no Brasil desde 2008. As proposições são baseadas não apenas na visão biomédica — que entende a deficiência como uma patologia — mas na compreensão de que a deficiência resulta da interação entre limitações biomédicas com as barreiras sociais que impedem a participação plena da pessoa com deficiência na sociedade. Enquanto não estiver regulamentado o instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência, a concessão do BPC dependerá de avaliação médica e avaliação social realizadas nos termos da Portaria Conjunta MDS/INSS nº2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b). Respectivamente, as avaliações são realizadas independentemente pela perícia médica federal e pelo serviço social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com a utilização de instrumentos apresentados especificamente para esse fim.

Sendo assim, há espaço para divergências quanto à importância atribuída aos dois tipos de avaliações consideradas para a concessão do BPC (médica e

social). Mesmo que o instrumento de concessão contemple dimensões biopsicossociais, incluindo os aspectos biomédicos, ambientais e sociais, é possível que exista uma preponderância da avaliação médica, o que implicaria em descumprimento da legislação. As diferenças de peso na pontuação de cada elemento do instrumento para concessão podem resultar da aplicação do atual formato do instrumento do BPC, que pode gerar um desequilíbrio entre os diferentes aspectos da avaliação da deficiência, ainda que estejam presentes características de uma avaliação biopsicossocial. Além disso, não há — até o presente momento — uma análise bem estabelecida da importância que cada uma destas dimensões exerce no instrumento de concessão do BPC.

Neste estudo, o EVEX, tendo como base as diretrizes da Portaria Conjunta MDS/INSS nº2, de 30 de março de 2015 (BRASIL, 2015b) e os dados do Sistema Integrado de Benefícios – SIBE BPC/LOAS, analisou o impacto teórico e empírico de cada um dos qualificadores de deficiência, definidos como “Fatores Ambientais”, “Atividades e Participação” e “Funções do Corpo”.

Na abordagem do estudo do EVEX explica-se o quanto da decisão de concessão ou rejeição do benefício depende da pontuação em suas dimensões e de outras informações coletadas durante as avaliações sociais e médicas. Buscou-se entender até que ponto, no atual instrumento de avaliação da deficiência do BPC, o profissional médico pode ser considerado um *gatekeeper* do acesso ao benefício. Em uma segunda etapa da análise, estudou-se quais e como fatores observáveis — indiretos à geração das pontuações dos qualificadores e coletados durante as avaliações — predizem as pontuações geradas para os qualificadores e, indiretamente, como estes fatores predizem a concessão do BPC.

Os resultados indicam que, segundo a Tabela Conclusiva de Qualificadores do Instrumento do BPC (TCQ), as regras que definem a concessão do benefício atribuem, a priori, uma importância praticamente nula aos “Fatores Ambientais” e uma importância idêntica a “Atividades e Participação” e “Funções do Corpo”. Os resultados mostram que, apesar de o instrumento de avaliação do BPC ser multidisciplinar, a regra de concessão é potencialmente mais dependente dos produtos da avaliação médica do que da avaliação social. Um aumento completo na pontuação definida pelo avaliador médico (18,7 pontos percentuais.) levaria a uma probabilidade de concessão do benefício quase três vezes maior do que um aumento nas pontuações definidas no avaliador social (6,1 pontos percentuais).

Contudo, nos dados analisados, viu-se também que os qualificadores apresentam efeitos diferentes dos planejados pela TCQ. Por exemplo, a única combinação — dentre as 125 — em que a pontuação de “Fatores Ambientais” causa a concessão do benefício responde por mais de 13% das avaliações selecionadas, exacerbando a importância deste qualificador em relação ao calculado na TCQ. Nos dados, o qualificador que mais afeta a concessão do benefício é o de “Atividades e Participação” (26,2 pontos percentuais). Quando se comparou os dois avaliadores, diminuiu a diferença de importância relativa entre tipos de avaliação, com um aumento

completo na avaliação social associado a 25,3 pontos percentuais. a mais na probabilidade de concessão do BPC e um aumento completo na avaliação médica está associado a 36,9 pontos percentuais a mais na probabilidade de concessão do BPC. Uma explicação clara para esta divergência entre os resultados calculados na TCQ e nos dados está na distribuição de avaliações observadas, na qual os casos "mais decisivos" são empiricamente muito mais relevantes.

Mostrou-se, por fim, que as pontuações em cada qualificador podem ser afetadas, em algum grau, por variáveis "indiretas", produzidas pelas avaliações social e médica, mas que não compõem diretamente as pontuações. Neste sentido, variáveis produzidas pela avaliação médica têm um efeito indireto maior na concessão do benefício do que variáveis relativas às características ambientais, coletadas durante a avaliação social.

Assim, o estudo indica a possibilidade de um instrumento de avaliação da deficiência como o do BPC, que vem sendo aplicado há anos para caracterizar a deficiência a partir de uma abordagem biopsicossocial, pode na verdade estar reforçando o modelo biomédico de avaliação, ao estabelecer peso maior do componente biomédico em detrimento dos demais aspectos contextuais, ambientais e pessoais, podendo implicar em descumprimento da legislação.

O estudo completo encontra-se anexo a este relatório.

Avaliação Biopsicossocial da Deficiência: Determinantes da concessão do Benefício de Prestação Continuada – Evidência Express/Escola Nacional de Administração Pública (EvEx/Enap), 2021.

3.4.3. Tempo de espera do cidadão para realização da avaliação do BPC

Apresentam-se alguns dados do tempo de espera para a concessão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC).

O BPC da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família.

Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo – com efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos – de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Operacionalizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o BPC é o maior benefício assistencial do Brasil. Seus dados de tempo de espera – requerimento, avaliação médica, avaliação social, conclusão do processo – são importantes descritores para a avaliação biopsicossocial, visto que essa avaliação também se iniciará pelo INSS e que os profissionais avaliadores serão, inicialmente, os mesmos do BPC.

O tempo de espera foi calculado pela subtração data da última avaliação da data de cadastro do requerimento. Foram utilizados benefícios deferidos e indeferidos de pessoas com deficiência que solicitaram o BPC a partir da publicação da Portaria Conjunta INSS/MDS nº 2, de 30/03/2015. A Portaria nº 2 dispõe sobre a última versão dos critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médica da pessoa com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada. Foram utilizados dados de janeiro de 2016 até julho de 2021. Foi utilizada como fonte a base de dados do Sistema Integrado de Benefícios (SIBE).

Tabela III: Tempo médio de espera para a avaliação para o Benefício de Prestação Continuada.

ANO	TEMPO MÉDIO DE ESPERA
2016	1,25 meses
2017	1,17 meses
2018	1,25 meses
2019	1,28 meses
2020	3,78 meses
2021	6,61 meses

Fonte: DATAPREV, SIBE. Janeiro de 2016 a julho de 2021.

3.4.4. Falta de interoperabilidade entre as bases

A interoperabilidade entre bases de dados do governo é um direito do cidadão e consiste na troca automática e segura de informações entre os sistemas para que o cidadão não tenha que reapresentar informações que o governo já possua, conforme da Lei nº 13.726, de 8 de outubro de 2018, que “racionaliza atos e procedimentos administrativos dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e institui o Selo de Desburocratização e Simplificação”.

A integração de dados, conhecida como interoperabilidade, desonera o cidadão, simplifica o serviço público, reduz fraude e traz segurança e economia para todo o processo.

Os benefícios para o cidadão são: deixar de preencher formulários, emitir certidões, fazer uploads de documentos e peregrinar entre órgãos para apresentar comprovantes exigidos para a prestação de um serviço público. Isso porque os sistemas do governo conversam entre si e obtêm as informações de maneira automática, sem precisar solicitá-las ao cidadão. Os benefícios para o Estado são: deixar de conferir manualmente as informações apresentadas pelo cidadão. Também diminui a incidência de erros e fraudes. O atendimento exige menos esforço, fica mais rápido e mais seguro. Isso é economia de dinheiro público.

Das 34 políticas públicas destinadas à pessoa com deficiência, 30 realizam algum tipo próprio de avaliação para certificação da deficiência. Das 34, apenas uma – o Passe Livre Interestadual – possui interoperabilidade com uma outra política para fins de certificação da deficiência. No caso, o Passe Livre Interestadual capta as informações do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social.

Abaixo estão descritas todas as políticas destinadas à pessoa com deficiência que não possuem interoperabilidade sobre a condição de deficiência, realizando suas próprias avaliações, e violando o direito expresso na Lei nº 13.726/2018:

- Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência;
- Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção;
- Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental;
- Horário especial para servidor com deficiência;
- Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência;
- Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência;
- Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar;
- Meia-Entrada;
- Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel;
- Prioridade na devolução do Imposto de Renda;
- Isenção de IOF;
- Isenção de IRPF;
- Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência;
- Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos;
- Benefício de Prestação Continuada;
- Residências Inclusivas;
- Centros-Dia de Referência;
- Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita;
- Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adultos e infanto-juvenil;
- Reserva de cargos em empresas para pessoas com deficiência;
- Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal);
- Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais;
- Reserva de cargos em concursos públicos;
- Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência;
- Pensionista com Deficiência;
- Aposentadoria de trabalhador com deficiência (LC 142);
- Reabilitação Profissional;
- Auxílio-Inclusão;
- Pensão por talidomida;
- Tratado de Marraqueche;
- Moradia para a vida independente;
- Profissional de apoio escolar;
- Trabalho com apoio.

Em síntese, o não reconhecimento da deficiência a partir da legislação vigente – Lei Brasileira de Inclusão – gera exclusão social das pessoas com deficiência e a violação de seus direitos fundamentais. Sendo assim, as pessoas com deficiência não possuem alternativa além da **judicialização**, que comumente ocorre devido a divergências de avaliações em decorrência da não utilização de um instrumento único de avaliação.

3.4.5. Judicialização do BPC

Decisões administrativas do BPC são objeto frequente de demandas judiciais. A magnitude dessa judicialização é grande o suficiente para afetar não só a política da Assistência Social, mas o funcionamento do próprio Judiciário, visto que se trata de um dos tipos de demanda que mais congestiona as cortes brasileiras.

Em 2020, o Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), em parceira com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou o estudo A judicialização de benefícios previdenciários e assistenciais7. O estudo traz as características e causas da judicialização dos benefícios assistenciais e previdenciários.

O estudo analisa tanto as decisões em esfera administrativa, quanto em esfera judicial para entender a questão. Por meio da análise das características das decisões administrativas, foi possível identificar aquelas que seriam passíveis de judicialização, assim como quais são as características observáveis que levariam a uma maior ou menor probabilidade de que venham a ser discutidas em esfera judicial. A análise das decisões judiciais, por sua vez, permitiu a identificação dos argumentos e as razões que levaram ao provimento ou não de demandas, o que é relevante para a compreensão das razões da contestação judicial da política previdenciária de forma massiva e repetitiva.

A pesquisa do INSPER combinou quatro tipos de dados, procurando cobrir as esferas administrativa e judicial, bem como as dimensões quantitativa e qualitativa do fenômeno. Por meio de dados administrativos do INSS, foi possível avaliar o padrão de concessões e indeferimentos, assim como as concessões por decisão judicial, o que ofereceu uma primeira indicação de motivos de judicialização. Essas informações foram complementadas com dados de gestão processual dos tribunais estaduais e federais, que revelaram a quantidade de processos ao longo do tempo e os assuntos predominantes, o que permitiu avaliar a magnitude da judicialização e seus principais temas.

Para avaliar o conteúdo das decisões judiciais, das argumentações e dos padrões de decisão, foram utilizadas publicações nos diários oficiais dos diversos tribunais, as quais são processadas por meio de técnicas de análise de texto, como extração de expressões regulares e clusterização para identificação das variáveis de

7 A judicialização de benefícios previdenciários e assistenciais / Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) – Brasília: CNJ, 2020. Fonte: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/02/Relatorio-Final-INSPER_2021-02-08.pdf

interesse. As variáveis quantitativas foram complementadas por entrevistas com atores do sistema de justiça e da gestão do INSS, tais como juízes, procuradores, defensores públicos, promotores, peritos e gestores do INSS, a fim de avaliar suas percepções sobre as questões judicializadas em matéria previdenciária e as razões que levam demandantes a recorrer de decisões administrativas.

No total, foram utilizados dados de 9.253.045 processos administrativos e 593.772 concessões em decorrência de decisão judicial, do período entre dezembro de 2018 e dezembro de 2019, assim como dados administrativos agregados para os dez anos anteriores; dados de gestão processual da justiça de 9.027.825 processos judiciais entre 2015 a 2019; textos de decisões judiciais referentes a 1.334.814 processos entre 2015 a 2018; e entrevistas semiestruturadas com 47 representantes dos sistemas de justiça e previdenciário.

Por meio da combinação de evidências quantitativas e qualitativas, a pesquisa avaliou em profundidade as principais hipóteses que poderiam explicar a judicialização excessiva de benefícios como BPC, incluindo, entre outras, variáveis socioeconômicas, como renda e desemprego, problemas de coordenação entre as esferas administrativa e judicial, e da capacidade da autarquia administrativa em responder às demandas crescentes por parte dos cidadãos.

A análise das decisões sobre o BPC selecionadas por meio da técnica de *clusterização* demonstrou, segundo a pesquisa, que a jurisprudência é unívoca ao reconhecer o caráter cumulativo dessas condições. Para que o benefício de prestação continuada seja concedido, é necessário que o requerente seja uma pessoa idosa ou com deficiência e que não tenha condições de se manter ou de ser mantido pelos seus familiares. A observância de apenas uma dessas condições não autoriza o pagamento do benefício.

Independentemente da modalidade do benefício de prestação continuada — se para pessoa idosa ou para pessoa com a deficiência — a miserabilidade do requerente, ou falta de condições para se manter ou ser mantido pelos seus familiares é condição essencial para a concessão do benefício.

Além da falta de condições para se manter ou ser mantido pelos seus familiares, a concessão do benefício de prestação continuada pressupõe ainda que o requerente seja uma pessoa idosa ou com deficiência. A exemplo do que ocorre com os critérios relacionados à caracterização da miserabilidade, a disciplina legal dessas outras duas condições que ensejam a concessão do BPC também foi objeto de alteração desde a criação do benefício. O marco etário foi alterado de superior a setenta anos para sessenta e cinco anos ou mais. No caso das pessoas com deficiência, a ideia de incapacitação para vida independente e para o trabalho deu lugar ao reconhecimento de impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em conjunto com outros obstáculos possa obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Enquanto o marco legal para concessão do benefício de prestação continuada para pessoas idosas favorece um comportamento mais previsível e objetivo tanto dos órgãos administrativos, como dos julgadores — que foi corroborado tanto pela análise das decisões judiciais selecionadas por meio da *clusterização*, como pelas entrevistas realizadas —, o contrário ocorre em relação à concessão do benefício de prestação continuada para pessoas com deficiência. Em comparação com a aferição da idade, **a caracterização de uma pessoa como suscetível a ter sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais devido a impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial está indubitavelmente mais sujeita ao dissenso e à controvérsia**.

Os casos de concessão judicial do benefício de prestação continuada para pessoas com deficiência são marcados, portanto, pela divergência entre os juízos do INSS e do Poder Judiciário quanto à caracterização do segurado como pessoa com deficiência. Corroborando o que foi apurado por meio das entrevistas realizadas na pesquisa, as divergências entre as esferas administrativas e judiciais têm como causa principal a discordância entre os laudos periciais. A análise das decisões selecionadas por meio da técnica de *clusterização* demonstrou que, em muitos casos de concessão judicial do BPC, os laudos médicos dos peritos judiciais divergiram das conclusões que embasaram as decisões administrativas que denegaram o benefício.

É interessante notar que, em muitos desses casos, o INSS propôs acordo judicial aos requerentes após a divulgação dos laudos da perícia judicial que atestavam a alegada condição de pessoa com deficiência. Essa postura pode ser explicada pelo comportamento deferente dos magistrados em relação à opinião dos peritos judiciais. Apesar da advertência frequente de que juízes não estariam vinculados à opinião dos peritos médicos em relação à condição dos requerentes, é interessante observar que em todas as decisões sobre a concessão do BPC para pessoas com deficiência selecionadas por meio da *clusterização* houve convergência entre a opinião dos magistrados e o laudo dos peritos judiciais. Em alguns casos, a fundamentação da decisão consistiu exclusivamente em indicar que o laudo médico havia atestado a deficiência.

O gráfico apresenta a variação das concessões do BPC para a pessoa com deficiência, de 1996 a 2020, considerando as vias administrativa e judicial. Enquanto em 1996 99,93% dos benefícios foram concedidos por via administrativa e 0,07% por via judicial, em 2020 50,24% das concessões ocorreram por via administrativa e 49,76% por via judicial.

Gráfico I: Variação de concessões do BPC para pessoa com deficiência por via judicial e por via administrativa de 1996 a 2020.



Fonte: DATAPREV, SUIBE, competência maio de 2020.

3.5. Consequências

A indefinição do instrumento único de avaliação certamente prejudicou o planejamento e a implantação do Sistema Unificado de Avaliação e, consequentemente, favoreceu a coexistência de vários instrumentos, nos quais a caracterização da deficiência é, majoritariamente, biomédica, em descompasso com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Na ausência, até então, da definição de elementos relevantes para desenho da política pública, para sua regulamentação e implementação, continua em vigor um sistema binário de avaliação da deficiência, em que a maioria das políticas exige apenas a caracterização ou não da deficiência (**sim ou não)**, como exemplificado, gerando baixa focalização da política pública e impedindo que aqueles com maior restrição de participação na sociedade, mais vulneráveis, sejam de fato alcançados conforme suas necessidades.

Assim, além da sobrevivência de políticas públicas genéricas, que desconsideram a interação do impedimento da pessoa com o contexto em que ela vive, tem-se o desperdício de recursos públicos com a realização de várias avaliações e perícias de um mesmo individuo (retrabalho), o ônus financeiro para essas pessoas e a suas famílias, forçando-as ainda ao desperdício de tempo com a realização de várias avaliações, enquanto apenas uma poderia ser feita.

Considera-se ainda que, com a avaliação biopsicossocial única para acesso a diferentes políticas públicas, ocorrerá a redução de quantidade de avaliações feitas pelo Estado, e este terá condições de atender às demandas de avaliações da deficiência em tempo menor do que o que comumente ocorre atualmente nas avaliações, implicando menor espera para o cidadão.

O problema aqui analisado ainda possui como consequência na sociedade a dificuldade de acesso às várias políticas públicas disponíveis para as pessoas com deficiência – por questões financeiras, disponibilidade de tempo, compreensão das regras para acesso a cada política pública, dentre outros –, ampliando as

desigualdades sociais e regionais das pessoas com deficiência no País, desfavorecendo o exercício de direitos de forma equitativa, como disposto na Lei Brasileira de Inclusão.

Outra consequência que não podemos esquecer é que a indefinição de aspectos relevantes para o desenho do Sistema Unificado, que por seu turno implica a não regulamentação dos artigos 2º e 92 da LBI, faz com que ainda não se tenham dados padronizados entre os diversos órgãos do governo para a revisão das políticas existentes e elaboração de novas políticas voltadas para as pessoas com deficiência.

Pela falta de unidade na coleta dos dados, não há o que se falar em análise de perfil da população com deficiência brasileira, em perspectiva nacional ou com outros recortes territoriais, considerando os aspectos relacionados à avaliação da deficiência biopsicossocial e às políticas públicas atualmente disponibilizadas para esse grupo.

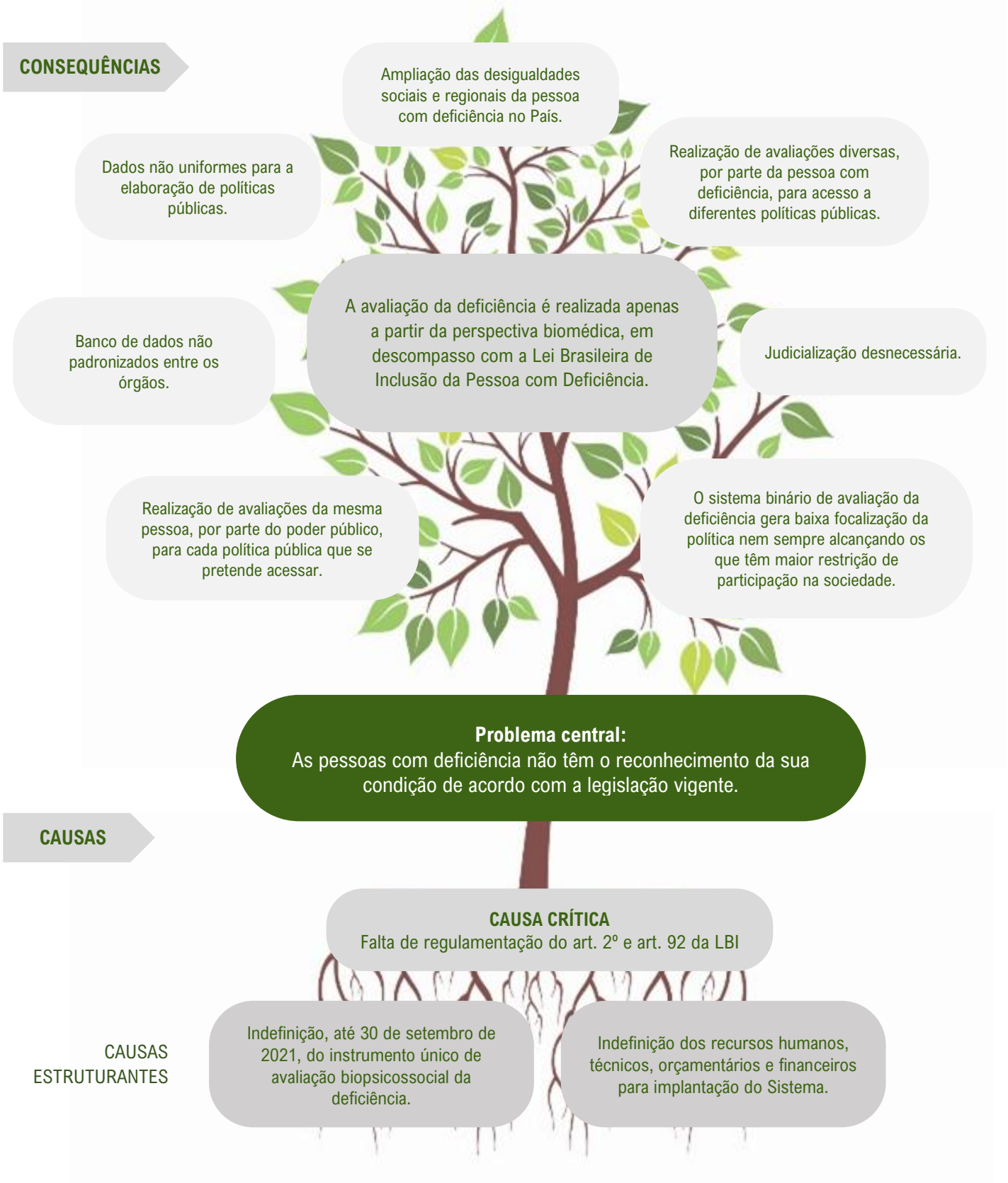


Figura I: Árvore do Problema, SNDPD, 2021.

Descrição da árvore
Desenho digital de árvore com raízes, tronco e galhos marrons e folhas em tons de verde. Sobrepostos às raízes, de baixo para cima, há caixas em cinza com textos em verde musgo indicando duas causas estruturantes e uma causa crítica.
As causas estruturantes são: 1. Indefinição, até 30 de setembro de 2021, do instrumento único de avaliação biopsicossocial da deficiência; e 2. Indefinição dos recursos humanos, técnicos, orçamentários e financeiros para implantação do Sistema.
A causa crítica, acima das estruturantes, na transição das raízes para o tronco, é a falta de regulamentação dos art. 2º e do art. 92 da LBI.
Sobreposto ao tronco, entre as raízes e os galhos, há um quadro em verde escuro com texto em branco indicando o problema central: as pessoas com deficiência não têm o reconhecimento da sua condição de acordo com a legislação vigente.
Espalhados sobre os galhos e as folhas, há oito quadros cinzas com textos em verde indicando as consequências do problema. Em destaque, no centro da copa da árvore, há a consequência: a avaliação da deficiência é realizada apenas na perspectiva biomédica, em descompasso com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.
Circulando a consequência em destaque, em sentido horário, partindo do canto inferior esquerdo da copa da árvore ao canto inferior direito, sete quadros apresentam textos de outras consequências, que são: 1. Realização de avaliações da mesma pessoa, por parte do poder público, para cada política pública que se pretende acessar; 2. Banco de dados não padronizados entre os órgãos; 3. Dados não uniformes para a elaboração de políticas públicas; 4. Ampliação das desigualdades sociais e regionais da pessoa com deficiência no País; 5. Realização de avaliações diversas, por parte da pessoa com deficiência, para acesso a diferentes políticas públicas; 6. Judicialização desnecessária; e 7. O sistema binário de avaliação da deficiência gera baixa focalização da política, nem sempre alcançando os que têm maior restrição de participação na sociedade.

Textos
Consequência central: A avaliação da deficiência é realizada apenas a partir da perspectiva biomédica, em descompasso com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.
Consequências:

- Ampliação das desigualdades sociais e regionais da pessoa com deficiência no País.
- Realização de avaliações diversas, por parte da pessoa com deficiência, para acesso a diferentes políticas públicas.
- Judicialização desnecessária.
- O sistema binário de avaliação da deficiência gera baixa focalização da política nem sempre alcançando os que têm maior restrição de participação na sociedade.
- Realização de avaliações da mesma pessoa, por parte do poder público, para cada política pública que se pretende acessar.
- Banco de dados não padronizados entre os órgãos.
- Dados não uniformes para a elaboração de políticas públicas.

Problema central: As pessoas com deficiência não têm o reconhecimento da sua condição de acordo com a legislação vigente.

CAUSA CRÍTICA: Falta de regulamentação do art. 2º e art. 92 da LBI.
Causas estruturantes:

- Indefinição, até 30 de setembro de 2021, do instrumento único de avaliação biopsicossocial da deficiência.
- Indefinição dos recursos humanos, técnicos, orçamentários e financeiros para implantação do Sistema.

3.6. Comparação Internacional

A avaliação de deficiência é um filtro pelo qual qualquer pessoa que reivindique benefícios, serviços ou produtos relacionados à deficiência fornecidos de forma pública ou privada deve passar. Cada país tem alguma forma de avaliação de deficiência, algum órgão autorizado pelo governo ou agente encarregado de avaliar se uma pessoa tem deficiência ou não, e em que grau. Mais comumente a avaliação da deficiência está ligada aos benefícios da seguridade social. Mas também se aplica à elegibilidade para outros benefícios de políticas sociais: para acessar esses benefícios - serviços de reabilitação, serviços de assistência, dispositivos de tecnologia assistiva, transferência de renda por prestações pecuniárias - as pessoas devem ser oficialmente declaradas com pessoas com deficiência.

A avaliação da deficiência afeta a oferta de trabalho, os gastos do governo e o bem-estar individual. Por meio do poder que lhes é conferido, os avaliadores de deficiência tomam decisões que afetam dezenas de milhões de adultos em idade produtiva (em média 6% da população em idade ativa nos países da OCDE no início dos anos 2000) e influenciam a alocação de recursos nacionais.

A avaliação da deficiência é um reconhecimento oficial sobre o tipo e a extensão da deficiência que uma pessoa tem, como parte de um processo administrativo mais amplo geralmente denominado avaliação da deficiência ou determinação da deficiência. É parte de um processo que determina a elegibilidade de um requerente para algum benefício social, serviço ou proteção que compreende a política de deficiência de um país. Esses programas incluem previdência social e pensões por invalidez; serviços de saúde e reabilitação; benefícios sociais gerais, como apoio à renda; e benefícios relacionados ao emprego, como seguro-desemprego e indenização trabalhista.

3.6.1. A credibilidade da avaliação de deficiência

A credibilidade e a legitimidade percebida do procedimento de avaliação de deficiência de um país dependem de algumas considerações fundamentais. Primeiro, as avaliações devem ser válidas para que não haja "falsos positivos" (pessoas que recebem benefícios, mas não são pessoas com deficiência) ou "falsos negativos" (pessoas que deveriam receber benefícios, mas não recebem). Em segundo lugar, eles devem ser confiáveis, no sentido de que dois avaliadores seguindo as mesmas regras e critérios, devem chegar à mesma avaliação da mesma pessoa (muitas vezes chamada de "confiabilidade entre avaliadores").

E, em terceiro lugar, as decisões devem ser transparentes e padronizadas, de modo que os fundamentos para a tomada de decisão sejam publicamente conhecidos e sua aplicação em casos particulares avaliada de forma independente. Em suma, a legitimidade do processo de avaliação de deficiência depende de ele ser, e também ser visto como imparcial, justo e baseado em evidências objetivas.

3.6.2. Modelos de avaliação de deficiência em todo o mundo

Em todo o mundo, as estratégias de avaliação de deficiência enfocam (i) as condições de saúde e as deficiências a elas associadas; (ii) limitações funcionais em atividades básicas ou simples, entendidas independentemente de diferenças ambientais ou contextuais; ou (iii) deficiência totalmente compreendida como resultado de interações entre características intrínsecas à pessoa (condições de saúde, deficiências e limitações funcionais) e toda a gama de fatores ambientais que, possivelmente de forma única, caracterizam o contexto geral de vida do indivíduo. Cada abordagem tem seus pontos fortes e fracos.

Abordagem do impedimento: avaliar a deficiência nesse caso é inteiramente uma questão de medir a gravidade de uma condição de saúde subjacente e deficiências associadas. Embora simples e direta, e de longe a abordagem mais comum usada em todo o mundo, a abordagem do impedimento foi fortemente criticada tanto tecnicamente em termos de confiabilidade, quanto em termos da suposição subjacente de que inferências da gravidade dos impedimentos podem ser feitas de forma válida para os níveis de deficiência. O modelo interacional, e as evidências que o apoiam, sugerem fortemente que essa abordagem é inadequada e distorce o processo de avaliação.

Abordagem da Limitação Funcional: Esta abordagem surgiu na década de 1970 em resposta às críticas dos profissionais de reabilitação à Abordagem do Impedimento, que argumentavam que o exame físico e a obtenção do histórico médico são uma base de evidências insuficiente para avaliar a deficiência. Eles argumentaram que a capacidade funcional de uma pessoa depende da extensão em que a pessoa pode realizar ações muito básicas, como levantar, ficar em pé, andar, sentar, carregar, empurrar, puxar, escalar, equilibrar, abaixar, ajoelhar, agachar, engatinhar, alcançar manusear, dedilhar, falar, sentir, ouvir e ver. Para avaliar essas capacidades, uma série de ferramentas de Avaliação da Capacidade Funcional (FCE), principalmente específicas para condições de saúde, foram desenvolvidas e recomendadas para avaliação de deficiência.

Abordagem da deficiência: A abordagem da deficiência busca avaliar diretamente a deficiência, em vez de inferir indiretamente a deficiência a partir de um impedimento, de forma indireta, ou avaliações de capacidade funcional. A avaliação direta, em princípio, dá igual consideração a todos os determinantes da deficiência - médica, funcional, ambiental e pessoal. A abordagem da deficiência, em sua forma mais pura, seria totalmente individualizada e baseada em evidências diretas. Ela se esforçaria para fornecer uma avaliação válida diretamente sobre as evidências, no pressuposto de que o verdadeiro objeto de avaliação deve ser a pessoa-ambiente, o resultado interativo, ao invés de qualquer característica intrínseca da pessoa (deficiência ou capacidade funcional).

Por muitas décadas, embora a abordagem da deficiência fosse reconhecida como a abordagem teoricamente ideal, argumentou-se que as abordagens do Impedimento ou Limitação Funcional eram preferíveis, porque o

próprio conceito de 'deficiência' permaneceu controverso e simplesmente não era viável para coletar e analisar informações não apenas sobre a pessoa (condição de saúde, deficiências e limitações funcionais), mas também sobre o ambiente físico, humano, atitudinal, social, político e cultural da pessoa, a fim de produzir um ambiente válido e completo avaliação de deficiência.

Tabela IV: Abordagens do Impedimento, Funcional e de Deficiência para Avaliação da Deficiência - Sumário de Características

Abordagem	Conceito de "Deficiência"	Instrumento ou Diretriz padronizada	Critério
Impedimento	Médico Estado de saúde (lesão, doença ou síndrome) somado a problemas nas estruturas e funções do corpo	*AMA Guidelinesfor the Evaluation of Permanent Impairments (6th ed.)*	Baremas Presença de problema no nível corporal como um indicador indireto do "todo da pessoa" ou da classificação de deficiência
Funcional	Problemas ou limitações em atividades básicas	*Functional Capacity Evaluations (FCE): Functional Status Questionnaire Disability Assessment Structured Interview Work Ability Index, etc.*	AVD's /AIVD's Presença de problema ou limitação em atividades básicas como indicador de classificação da deficiência
Deficiência	Deficiência é resultado da interação de condições de saúde e fatores ambientais, no nível corporal, pessoal e social	Avaliação da Deficiência *WHODAS2* *ICF Checklist* *ICF Core Sets*	Biopsicossocial Descrição do tipo e da severidade como um resultado da interação entre a saúde do indivíduo, capacidade funcional e fatores ambientais
Informal	Determinada pelo avaliador	Determinada pelo avaliador	Determinada pelo avaliador

Em maio de 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS foi endossada pela Assembleia Mundial da Saúde. A CIF fornece uma estrutura e linguagem abrangentes e padronizadas para a descrição de Funcionalidade e Deficiência. O modelo da CIF é a expressão mais clara do modelo interativo de deficiência sobre o qual existe consenso mundial e é certamente o único modelo que recebeu aprovação internacional unânime. Como um padrão internacional, a CIF fornece classificações separadas dos componentes dos Funcionalidade e Fatores Ambientais, cada um dos quais composto de domínios (capítulos e blocos) e categorias. Os qualificadores são fornecidos para descrever a extensão dos problemas na Funcionalidade, ou seja, a extensão da Deficiência denotada por cada variável de domínio e categoria. 'Funcionalidade' na CIF como um termo abrangente, incluindo todos os aspectos e dimensões de como os humanos funcionam e agem, desde as funções (e estruturas) concretas do corpo e da mente

humanos até a variedade de ações simples e complexas nas quais uma pessoa se envolve. Essas ações simples e complexas são conceituadas a partir da perspectiva das capacidades intrínsecas da pessoa para realizar ações (a perspectiva da Capacidade), e em termos do desempenho real dessas ações em interação com o contexto completo em que a pessoa vive (a perspectiva de Desempenho).

Dependendo da dimensão da Funcionalidade de interesse, a Deficiência é denotada como uma questão de Impedimentos das Funções e Estruturas Corporais, Limitações nas Atividades e Restrições na Participação. Funcionalidade e Deficiência são, portanto, termos abrangentes que identificam essas dimensões paralelas. Embora a funcionalidade esteja conceitualmente ligada a uma condição de saúde (uma doença, distúrbio, lesão ou processo natural como o envelhecimento), não é uma consequência causal direta, mas sim a experiência geral de viver com uma condição de saúde. A questão principal é que a Deficiência é criada tanto pela condição de saúde subjacente e deficiências associadas quanto pelos níveis diminuídos ou elevados de capacidade para realizar atividades e participação que resultam de fatores ambientais. O estado de saúde e os fatores ambientais são, portanto, ambos determinantes da deficiência.

Há um reconhecimento crescente, certamente na literatura acadêmica, de que a avaliação da deficiência deve ser baseada na experiência vivida de saúde completa e contextualizada, e não apenas no diagnóstico, impedimentos ou avaliação da capacidade funcional. Esta é a abordagem da deficiência, que não somente avalia diretamente o status da deficiência (ao invés de inferir indiretamente a deficiência a partir de impedimentos ou capacidade funcional), mas também captura o modelo interativo pessoa-ambiente da deficiência, universalmente entendido como o modelo mais defensável de deficiência.

Por mais importantes que sejam essas considerações gerais, na prática um país precisaria de um argumento forte para se engajar em uma reforma substancial de seu procedimento de avaliação de deficiência. A base para esse argumento, no caso do Brasil, é a mudança da legislação em 2009, que internalizou o novo conceito de pessoa com deficiência em equivalência de emenda constitucional, além da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que estabeleceu prazo para a implantação de novos instrumentos de avaliação. De forma geral, a CIF é reconhecida como uma ferramenta que capta a importante mudança de paradigma em nossa compreensão da deficiência. Essa conceituação interacional de deficiência, mundialmente reconhecida e adotada, exige ajustes apropriados na política de deficiência, incluindo o procedimento de avaliação de deficiência.

Existem essencialmente dois desafios principais que precisam ser enfrentados: primeiro, embora todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento, possam se beneficiar da mudança para uma abordagem mais válida e equitativa da avaliação da deficiência, para muitos países em desenvolvimento e, em particular nos países de renda média baixa, processos de transição precisam ser implementados para possibilitar a passagem de uma abordagem do Impedimento ou

Limitação Funcional para uma abordagem de Deficiência plena. Os países precisam ter certeza da necessidade de reformas em seus sistemas para que ocorra uma transição estável, que podem ser colocadas em prática em uma sequência e em um ritmo viável, dados os recursos do país, o sistema político e o contexto social e cultural. O segundo desafio é lidar com a carga potencial de integrar informações sobre fatores ambientais para avaliação de deficiência. Isso se refere tanto à preocupação técnica com a comparabilidade dos dados, para a qual a CIF é de considerável ajuda, quanto ao problema mais prático de acesso a essas informações por meio de ferramentas de coleta e medição de dados.

I. O Modelo Chileno de avaliação da deficiência

O Chile é um país da América do Sul que tem como capital a cidade de Santiago, possui extensão territorial de 756.950 km$^{2.}$ Possui população de 18.050.000 habitantes e IDH de 0,851. O país é dividido em 16 regiões administrativas, com 57 províncias e 346 comunas.

As ações voltadas às pessoas com deficiência são realizadas por meio do Serviço Nacional de Deficiência (Serviço Nacional de Discapacidad - SENADIS), que consiste em um serviço público funcional e territorialmente descentralizado, que visa promover a igualdade de oportunidades, a inclusão social, a participação e a acessibilidade das pessoas com deficiência.

O Senadis é vinculado ao Ministério do Planejamento, e é responsável pelo Fundo Nacional de Deficiência. São suas atribuições:

- Coordenar o conjunto de ações e benefícios sociais executados pelos diversos órgãos do Estado que contribuem direta ou indiretamente para promover a igualdade de oportunidades, a inclusão social, a participação e a acessibilidade das pessoas com deficiência.
- Prestar assessoria técnica ao Comitê de Ministros na elaboração da política nacional para as pessoas com deficiência e na avaliação periódica de todas as ações e benefícios sociais realizados por diferentes órgãos do Estado voltados às pessoas com deficiência.

O Serviço Nacional de Pessoas com Deficiência está organizado em uma Direção Nacional, uma Subdiretoria Nacional e Direções Regionais em cada região do país. Também há um Conselho Consultivo para Pessoas com Deficiência.

a) Características do Processo de Avaliação da Deficiência

O Conceito de Pessoa com Deficiência adotada na legislação chilena espelha o conceito da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, da ONU:

> *Persona con discapacidad: Aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.*

Existem dois processos relacionados à avaliação da deficiência: qualificação e certificação. A Qualificação é o procedimento pelo qual o desempenho

funcional da pessoa é avaliado e valorado, considerando seu estado de saúde e a interação com as barreiras ambientais. A Certificação é o procedimento médico administrativo em virtude do qual uma pessoa cuja deficiência tenha sido previamente avaliada, valorada e qualificada, obtém da Comissão de Medicina Preventiva e de Invalidez competente o parecer que legalmente declara o seu grau de deficiência.

No Chile, a qualificação do grau de deficiência atende a critérios técnicos unificados, descritos no Manual de Avaliação e Qualificação da Deficiência e contempla tanto as condições de saúde que a pessoa apresenta que podem causar deficiência, como o nível de desempenho funcional e fatores sociais e ambientais complementares, relacionados, entre outros, ao seu ambiente familiar e à situação laboral, educacional e cultural, que dificultam a sua inclusão social. Da mesma forma, o referido manual define os procedimentos de cálculo para a determinação do grau de deficiência global, que também é expresso em porcentagem.

Para efeito de apuração da deficiência, é aplicado um Instrumento de Avaliação de Desempenho Comunitário, cuja metodologia e formato de aplicação são estabelecidos por resolução do Ministério da Saúde, que determina o percentual de limitação ou restrição para as atividades ou participação que a pessoa apresenta, sem diferenciar impedimento que a causou, com base no escore de deficiência.

A pessoa pode ser classificada como sem deficiência, com deficiência leve, moderada, grave e profunda, de acordo com as seguintes definições:

> a) Pessoa sem deficiência: É aquela que não apresenta limitações para o desempenho das atividades de sua idade e / ou não apresenta restrições à participação, ou essas limitações e / ou restrições se apresentam na faixa de 0% a 4% a causa do seu estado de saúde.
> b) Pessoa com deficiência leve: é aquela que apresenta entre 5% e 24% restrições de participação ou limitações nas atividades de sua idade devido ao seu estado de saúde.
> c) Pessoa com deficiência moderada: É aquela que apresenta entre 25% e 49% de restrições na participação ou limitações nas atividades da idade devido ao seu estado de saúde.
> d) Pessoa com deficiência grave: É aquela que apresenta entre 50% e 94% de restrição de participação ou limitação nas atividades de sua idade devido ao seu estado de saúde.
> e) Pessoa com deficiência profunda: é aquela que apresenta entre 95% e 100% restrições de participação ou limitações nas atividades de sua idade devido ao seu estado de saúde.

b) Registro Nacional de Deficiência

Certificada a deficiência, a Comissão de Medicina Preventiva e Deficiência enviará, nos 20 dias úteis seguintes, por meio informático ou eletrônico, os antecedentes ao Serviço de Registro Civil e Identificação para inscrição no Registro Nacional de Deficiência.

O objetivo do Registro Nacional de Deficiência é reunir e manter os cadastros das pessoas com deficiência e das pessoas físicas e jurídicas que atuam na área da deficiência. É permitido celebrar convênios com órgãos públicos que

administrem programas, benefícios, direitos ou outros benefícios previstos em lei, a fim de permitir o acesso às informações constantes do Registro.

O Registro Nacional de Deficiência deve:

- Cadastrar as pessoas cuja deficiência seja certificada pela respectiva Comissão de Medicina Preventiva e Deficiência, doravante também "COMPIN"
- Cadastrar as pessoas físicas que prestam serviços de apoio ou assistência às pessoas com deficiência
- Cadastrar as pessoas jurídicas que, de acordo com os seus objetivos, atuem no domínio da deficiência, devendo esta comprovar a sua existência jurídica nos termos do disposto da entidade reguladora
- Registrar as sentenças judiciais, por meio das quais é designado curador nos casos de pessoas com deficiência mental
- Conceder as credenciais de registro e os certificados determinados em regulamento.

c) Acesso a benefícios

O acesso a benefícios, serviços e direitos voltados às pessoas com deficiência depende da qualificação e certificação. A certificação gera a inscrição no Registro Nacional de Deficiência e a credencial de deficiência dá direito a acessar os seguintes benefícios:

- Solicitar ajudas técnicas ao SENADIS
- Solicitar Bolsa de estudo ao Ministério da Educação
- Solicitar Fundos competitivos do SENADIS
- Uso de estacionamento para pessoas com deficiência
- Redução de impostos na importação de veículos e ajudas técnicas
- Serviços de apoio para o cuidado e assistência (assistente pessoal para auxílio nas atividades de vida diária)
- Serviços de apoio de intermediação (intérprete de língua de sinais, intermediadores laborais, assistente para apoio escolar)
- Adaptações no entorno habitual em que a pessoa desenvolve suas atividades (adaptações arquitetônicas)

Importante ressaltar que há critérios específicos de acesso, como dependência, renda, avaliações complementares, vulnerabilidade. Logo, para usufruir os benefícios das políticas para as pessoas com deficiência, é necessário que requisitos específicos sejam cumpridos.

A equipe de avaliação é composta por psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, e um educador especial ou diferencial, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, conforme o caso. Da mesma forma, quando pertinente, um ou mais especialistas serão integrados, de acordo com a natureza da deficiência e as circunstâncias particulares das pessoas a ela submetidas.

II. Modelo Argentino de avaliação da deficiência

A Argentina é um país da América do Sul que tem população de 45.808.747 habitantes e território de 2.780.400 quilômetros quadrados. O país é dividido

administrativamente em 16 regiões, 57 províncias e 346 comunas. O IDH da Argentina é 0,845.

A Agencia Nacional de Discapacidad é um órgão descentralizado vinculado à Secretaria-Geral da Presidência da Nação, que se encarrega da concepção, coordenação e execução geral das políticas públicas em matéria de deficiência, preparação e execução de ações destinadas a promover o exercício pleno dos direitos da as pessoas com deficiência. Além disso, é responsável pela condução do processo de concessão de pensões por invalidez e as emergentes das Leis nº 25.869 e nº 26.928 em todo o território nacional.

a) Características do Processo de Avaliação da Deficiência

O acesso aos benefícios para pessoas com deficiência previstos na legislação é autorizado por meio do Certificado Único de Discapacidad (CUD). O CUD é um documento público, válido em todo o país, que permite exercer os direitos e aceder aos benefícios previstos nas leis nacionais sobre pessoas com deficiência.

A avaliação é realizada por uma Comissão de Avaliação interdisciplinar que determina a emissão do Certificado Único de deficiência correspondente. Seu processamento é voluntário e gratuito.

As avaliações são realizadas por um grupo interdisciplinar formado por médico, assistente social e psicólogo. As juntas de avaliação são distribuídas nas províncias, e os profissionais são capacitados pelo Serviço Nacional de Deficiência. Além disso é preciso que os profissionais realizem um exame de qualificação para estar apto a realizar a avaliação das pessoas com deficiência.

A certificação da deficiência estabelece os graus e tipos de deficiência que serão reconhecidas pelo estado, por exemplo:

> **VISCERAL**: As pessoas que apresentarem sequela de estado de saúde de origem visceral com qualificadores de grau grave ou completo (3 ou 4) em pelo menos 50% das categorias de funções e estruturas atestarão deficiência com impedimento físico de origem visceral associadas a limitações de capacidade severas ou completas (3 ou 4) em pelo menos 50% das categorias de atividade e participação, em não menos do que 8 categorias consignadas neste último componente.
> **AUDITIVA**: Aquelas pessoas que apresentam sequelas em ambos os ouvidos com alterações de grau Moderado (de 40dB), Grave ou Completa (2 a 4) em 50% das categorias de Funções Corporais, em combinação com limitações na capacidade de Grave ou Completa (3 a 4) em pelo menos 50% das categorias Atividade e Participação. Não menos do que 8 categorias devem ser consignadas neste último componente.
> **INTELECTUAL**: As pessoas que apresentarem grau leve de déficit ao nível das funções corporais, com limitação de capacidade moderada, severa ou completa em pelo menos 75% das categorias do componente atividade e participação, atestarão deficiência com deficiência intelectual. Também serão consideradas pessoas que apresentam déficit moderado a completo ao nível das funções corporais, com limitações de capacidade moderadas, severas ou completas em pelo menos 50% das categorias do componente atividade e participação.

> **MENTAL**: há várias possibilidades, mas sempre com grau moderado e pelo limitações moderadas, graves ou completas em pelo menos 50% das categorias do componente de atividade e participação
> **VISUAL**: Aqueles que têm visão menor ou igual a 3/10 (ou 20/60) no melhor olho, com a melhor correção óptica, e / ou campo visual menor que 20º do ponto de fixação. Este critério corresponde a alterações sérias e completas (qualificadores da CIF 3-4) nas funções e estruturas corporais, mesmo com dificuldades de desempenho leves a completas (qualificadores da CIF 1-4).

Verifica-se que, de forma geral, apenas graus mais graves de deficiência são certificadas, e assim o sistema argentino de avaliação reconhece como pessoa com deficiência para acesso a benefícios somente aqueles que tem o CUD.

b) Acesso a benefícios

São direitos estabelecidos na legislação em vigor:

> **Saúde**: cobertura de 100% nos benefícios de reabilitação (medicamentos, equipamentos, tratamentos) necessários em relação ao que foi certificado como deficiência.
> **Transporte**: transporte gratuito em transporte público terrestre.
> **Abonos de família**: abono escolar anual por filho com deficiência, abono de família para filho com deficiência, abono de cônjuge com deficiência.
> **Outros procedimentos**: isenção de pagamento de pedágios, impostos (municipais, entre outros). Nestes casos, a isenção deve ser solicitada junto à autoridade executora de cada regulamento.
> **Símbolo internacional de acesso**: estacionamento gratuito, nos locais permitidos, independentemente do veículo em que se desloca.
> **Pensão não contributiva**: há necessidade de atender a critérios específicos para ter acesso a esse benefício, tais como situação de vulnerabilidade, não receber outras pensões, aposentadorias ou benefícios não contributivos, não estar empregado ou em relação de dependência com alguém empregado, não possuir recursos que permitam sua subsistência ou de seu grupo familiar, entre outros. É um benefício semelhante ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, no Brasil.

III. O Modelo Francês de avaliação da deficiência

A França é um país europeu, com população de 67.059.887 habitantes e extensão territorial de 675.417 quilômetros quadrados. A França é dividida em 13 regiões administrativas, com 101 departamentos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) corresponde a 0,891.

a) Características do Processo de Avaliação da Deficiência

Só é elegível para qualquer apoio público na França quem possui uma alteração substancial e permanente de uma ou mais funções: físicas, sensoriais, mentais, cognitivas ou psíquicas, resultante de uma alteração na interação entre a estrutura do corpo ou de uma condição de saúde incapacitante e o contexto. Se o requerente não tem qualquer alteração nas funções descritas, ou seja, não tem impedimento, mesmo que tenha necessidade de apoio para uma limitação nas suas atividades diárias ou uma qualquer restrição da sua participação na sociedade, não terá apoio pela Lei da Deficiência de 2005.

Mas não basta ter ou não um impedimento caracterizado, é necessário que a deficiência ou incapacidade se traduza numa limitação das suas atividades diárias e/ou na sua participação social, pois em caso negativo o apoio também não será concedido.

O apoio às pessoas com deficiência e suas famílias é feito por meio de um equipamento público específico, denominado *Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) - Casas Departamentais das Pessoas com Deficiência.*

As Casas Departamentais para Pessoas com Deficiência (MDPH) foram criadas pela Lei nº 2005-102 de 11 de fevereiro de 2005. Em cada departamento, as MDPHs acolhem, informam, apoiam e aconselham as pessoas com deficiência e seus familiares, atribuindo-lhes direitos. De forma mais geral, elas sensibilizam todos os cidadãos sobre a deficiência.

Sua função é informar e apoiar as pessoas com deficiência e suas famílias assim que a deficiência é caracterizada e também durante sua evolução; fornece às pessoas com deficiência e seus familiares, para chamadas de emergência, um número de telefone gratuito; produz e distribui periodicamente (especialmente em seu site) folheto informativo sobre os direitos das pessoas com deficiência e a luta contra maus-tratos.

A MDPH apoia e examina as solicitações dos usuários, que são enviadas à Comissão para os Direitos e Autonomia das Pessoas com Deficiência (CDAPH) . É esta comissão que decide ou dá o seu parecer sobre a orientação das pessoas com deficiência (crianças ou adultos) e a atribuição de todas as ajudas e serviços, em particular do Benefício de Compensação por Invalidez (PCH) pago pelo Conselho.

Também organiza ações de articulação com os sistemas de saúde e médico-sociais e para a integração profissional de adultos com deficiência.

A avaliação tem como objetivo identificar necessidades para oferecer respostas de qualquer tipo às pessoas que manifestaram os seus desejos, necessidades, expectativas, durante um pedido à MDPH. Não se limita a coletar os elementos estritamente necessários para decidir sobre a elegibilidade para um ou outro serviço, e a avaliação deve ser realizada de forma abrangente.

Aborda diferentes dimensões da situação da pessoa com deficiência. Inclui uma abordagem de seus fatores pessoais, seu ambiente e as interações que existem entre os dois.

É uma etapa preliminar no desenvolvimento do plano de compensação personalizado, ou seja, uma estratégia de intervenção global combinando as várias respostas às suas necessidades identificadas, algumas mobilizando políticas públicas, outros dispositivos específicos - ajuda domiciliar, apoio médico-social ou recepção, serviços, etc.

De forma prévia, a pessoa com deficiência tem a oportunidade de expressar suas necessidades, desejos e expectativas em um projeto de vida. Este

documento, incluído no formulário de inscrição do MDPH, oferece-lhe a oportunidade de se expressar livremente, em uma ampla variedade de aspectos de sua vida. Uma das missões do MDPH é também proporcionar às pessoas com deficiência, se assim o desejarem, ajuda na formulação do seu projeto de vida.

Há uma pluralidade de parceiros dos seguintes setores: habitação, saúde, médico-social, associações, serviços sociais, serviço público e serviços de educação.

b) Equipe Multidisciplinar de Avaliação

É composta por diversos profissionais cuja especialidade permite melhor investigação das situações: médicos, psicólogos, assistentes sociais, orientadores profissionais, professores especialistas, terapeutas ocupacionais, etc. Profissionais parceiros também trazem os seus próprios conhecimentos sobre determinadas situações: assistentes sociais de outros estabelecimentos, psicólogos escolares, etc.

Se reúne todos os dias, em configuração adaptada ao tipo de pedido: abono escolar, orientação para o trabalho, etc. Leva em consideração todos os elementos trazidos ao seu conhecimento por todos os componentes ou especialistas que possam lançar luz ou esclarecer a situação da pessoa.

É responsável por:

- Avaliar a taxa de deficiência
- Avaliar a alocação do subsídio para adultos com deficiência (AAH), bem como o benefício de compensação por invalidez (PCH),
- Avaliar a atribuição do cartão de invalidez (CIN) ou cartão prioritário (PPH),
- Avaliar a destinação, para a criança ou adolescente, do Bolsa-educação para filho com deficiência (AEEH) e, eventualmente, de seu complemento,
- Avaliar o tipo de estabelecimento ou serviço que atende às necessidades da criança / adolescente ou que contribui para a reabilitação, educação, reclassificação e acolhimento de adultos com deficiência,
- Definir a orientação da pessoa com deficiência e as medidas específicas para garantir a sua integração escolar ou profissional e social.

c) Comissão para os Direitos e Autonomia das Pessoas com Deficiência (CDAPH)

É uma comissão composta por 23 membros, representantes do Conselho Departamental, serviços públicos e estabelecimentos do Estado (ARS, Educação Nacional, etc.), organizações de proteção social (CAF, CPAM, etc.), sindicatos, associações de pais de alunos, pessoas com deficiência e suas famílias nomeadas por associações representativas e um membro do conselho consultivo departamental para pessoas com deficiência. Toma todas as decisões sobre a atribuição de ajuda e benefícios.

A Comissão é responsável por:

- Reconhecer a categoria de trabalhador com deficiência (RQTH),
- Atribuir do subsídio a adultos com deficiência (AAH), bem como do benefício de compensação por invalidez (PCH),

- Atribuir do cartão de invalidez (CIN) ou cartão prioritário (PPH),
- Destinar, para a criança ou adolescente, do auxílio-educação do filho com deficiência (AEEH) e, eventualmente, de seu complemento,
- Designar estabelecimentos ou serviços que atendam às necessidades da criança / adolescente ou que contribuam para a reabilitação, educação, reclassificação e acolhimento de adultos com deficiência,
- Pronunciar-se sobre a orientação da pessoa com deficiência e as medidas cabíveis para assegurar a sua inclusão escolar, profissional e social.

d) Acesso a Benefícios

As Casas Departamentais são responsáveis por acolher e encaminhar qualquer pedido de assistência, serviço ou informação relativa a:

- Cartão de mobilidade, que inclui prioridade e vaga de estacionamento.
- Abono escolar de filhos com deficiência (AEEH) e seus suplementos.
- Subsídio para adultos com deficiência (AAH) e recursos adicionais.
- Benefício de compensação por invalidez (PCH).
- Reconhecimento da condição de trabalhador com deficiência (RQTH).
- Orientação para trabalho e emprego.
- Encaminhamento de adultos ou jovens para serviços ou estabelecimentos médico-sociais.
- Orientação de estudantes para turmas especializadas.
- Pedidos de assistente de vida escolar, arranjo de horário escolar ou material didático adaptado.
- Transporte escolar adaptado: primeira solicitação ou renovação de transporte escolar para alunos.
- Planos de suporte global.

A Avaliação define 4 faixas de taxas de deficiência

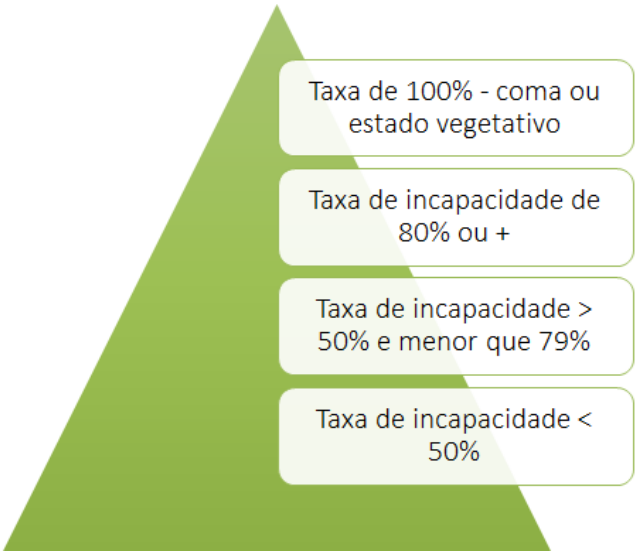


Figura II: Pirâmide de cor verde contendo quatro retângulos representando as faixas de deficiência, ao quais iniciam no centro e se expandem para a direita dela. De cima para baixo, o primeiro retângulo contém escrito: “Taxa de 100% - coma ou estado vegetativo.” O segundo: “Taxa de incapacidade de 80% ou +.” O terceiro: “Taxa de incapacidade > 50% e menor que 79%.” O quatro: “Taxa de incapacidade < 50%.”

Somente a partir de uma taxa de incapacidade igual ou maior que 50% são possíveis de ser contemplados com a maioria dos apoios sociais na França:

- Cartão de incapacidade;

- Cartão de prioridade para pessoas com deficiência (em caso de dificuldade em permanecer me pé);
- Subsídio para adultos com deficiência e outros recursos adicionais;
- Subsídio de educação para crianças com deficiência;
- Subsídio de terceira pessoa e/ou benefícios nos honorários de trabalho dos pais; e
- Emissão de parecer sobre direito a seguro para pais idosos cuidadores.

e) Subsídio para adultos com deficiência (AAH)

Semelhante ao BPC no Brasil, o AAH possui os seguintes critérios para sua concessão:

- A taxa de deficiência determinada pela Comissão para os Direitos e Autonomia das Pessoas com Deficiência (CDAPH) deve ser pelo menos igual a 80%.
- Se a taxa estiver entre 50 e 79%, a deficiência deve resultar em uma restrição substancial e duradoura de acesso ao emprego, reconhecida pela CDAPH.
- A idade é de pelo menos 20 anos; 16 anos sob certas condições.
- Não é concedido se a pessoa receber pensão por idade ou invalidez ou pensão por acidente de trabalho igual ou superior a 902,70 euros por mês.
- Se não trabalha, os rendimentos (2019) não devem ultrapassar o limite máximo correspondente à seguinte situação familiar: 10.832,40 euros se vivam sozinho ou 19.606,64 euros se vive com companheiro. Estes valores são acrescidos de 5.416,20 euros por filho.

3.7. Razões para que o governo federal intervenha no problema

A implementação do Sistema Unificado é uma política pública de Estado, assumida perante a comunidade internacional por meio da ratificação da CDPD. Assim, o Governo Brasileiro tem o dever com razões de ordem constitucional e legal para a intervenção em análise.

Importante destacar que a Carta Máxima já delegava competências à União desde o texto originário no sentido de proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência. Dentre os quais podemos citar o inciso II do art. 23/CF, que dispõe *ser competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência*; e o inciso XIV do art. 24/CF, o qual diz que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência.

O constituinte originário também elegeu razões de ordem econômica que abarcam o Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência, visto sua importância ao Estado e à Sociedade. Nesse sentido, destaca-se o comando constitucional de reduzir as desigualdades sociais constante no inciso VII do art. 170 da Carta.

Conforme já detalhado no item inicial deste Relatório, o Brasil ratificou a CDPD dando-lhe *status* de Emenda Constitucional, por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, e pelo Decreto nº 6.949/2009.

Desta forma, o Brasil adotou e internalizou o novo conceito de deficiência esculpido na CDPD, a qual define deficiência como "*impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições*". Além disso, expôs em seu artigo 1º que "Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas".

Diante disso, o conceito de deficiência a ser adotado por todas as políticas públicas nacionais deve estar em consonância com esse novo paradigma. O princípio constitucional da igualdade também corrobora com a política aqui analisada, visto que uma das consequências do problema apontado é que as avaliações de deficiência ainda são majoritariamente biomédicas – binárias, avaliando apenas se possui ou não possui – fazendo com que não haja enfoque naqueles com maior grau de deficiência. Isso, é promover injustiças por meio da desigualdade e iniquidades no processo de avaliação e acesso às políticas públicas no País.

Mesmo já citado, faz-se necessário mencionar novamente que também há comando expresso em lei para a implementação do Sistema Unificado, como podemos constatar no art. 2º da LBI, o qual estabelece em seu § 1º que a avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial e que o Poder Executivo criará instrumento para a avaliação da deficiência (§ 2º).

A implantação da política do Sistema Unificado tende a possibilitar a focalização nos cidadãos que efetivamente têm deficiência, e necessitam de amparo do Estado para sua plena e equitativa inclusão social. Assim, com o instrumento de avaliação biopsicossocial, multiprofissional e interdisciplinar os benefícios indevidos deixarão de ser concedidos, otimizando o uso de recursos públicos e corroborando com o **não desperdício de recursos.** Assim, além da diminuição do custo para o Estado, o Sistema Unificado, padronizado e centralizador de informações sobre as pessoas com deficiência no Brasil, reduzirá também o ônus para essas pessoas e suas famílias, que deixam de necessitar de incontáveis avaliações corriqueiras e passam a se submeter somente uma única avaliação, otimizando recursos financeiros, humanos e de tempo.

Essas informações da avaliação única da pessoa com deficiência alimentarão o sistema digital do Cadastro Inclusão com melhor qualidade de informações sobre a população com deficiência, visto que com instrumento único e padronizado essas informações serão padronizadas, mais confiáveis, gerando dados para construção de políticas públicas adequadas, o que também poderá gerar eficiência econômica para o Estado que poderá reformular as existentes ou criar novas políticas públicas com base em evidências.

Nessa esteira, é urgente a necessidade de se instituir, de se regulamentar, uma nova maneira de realizar avaliações da deficiência que esteja em sintonia com a

evolução da legislação brasileira – e mundial – o que se propõe que seja feito pela implementação de um Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. Parágrafo repetido.

O Sistema Unificado de Avaliação ora proposto ultrapassa a definição do instrumento de avaliação biopsicossocial indicado no artigo 2º da Lei Brasileira de Inclusão. Isso porque, por meio dessa política pública, busca-se alcançar a padronização das avaliações, a otimização de processos, a simplificação do serviço prestado ao cidadão com deficiência. Nesse contexto, alcança o Cadastro-Inclusão - conforme artigo 92 da referida Lei -, registro público que, dentre outros, receberá os dados das avaliações e disponibilizará indicadores sobre as características da população com deficiência brasileira, consistindo robusto subsídio para o desenvolvimento de políticas públicas específicas no âmbito dos governos federal, estadual, do Distrito Federal e municipal.

Pode-se sintetizar o Sistema Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência como um mecanismo composto por três aspectos indissociáveis e interdependentes:

- instrumento de avaliação biopsicossocial;
- Cadastro Inclusão; e
- políticas públicas para as pessoas com deficiência.

Nessa síntese, o desenvolvimento de políticas públicas focalizadas nas especificidades das pessoas com deficiência depende de uma **avaliação biopsicossocial**, ou seja, que considere a interação de impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e uma ou mais barreiras que pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade.

Sendo aplicada uma avaliação única para todas as pessoas que buscam o reconhecimento de sua deficiência pelo Estado, é possível reunir e analisar os dados por meio do **Cadastro Inclusão**, importante referência para tomada de decisões e desenvolvimento de políticas públicas que correspondam mais às especificidades de cada deficiência.



Figura III: Síntese do Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. Políticas públicas voltadas para a pessoa com deficiência são mais bem focalizadas quando consideram dados coletados de forma padronizada (avaliação biopsicossocial única), consolidados em banco de dados único (Cadastro-Inclusão).

Como dito, a legislação que dispõe sobre políticas públicas voltadas para a pessoa com deficiência ainda não acompanha as mudanças trazidas pela Convenção Internacional quanto ao aspecto biopsicossocial da deficiência.

3.8. Histórico da construção da avaliação biopsicossocial da deficiência e a proposta do Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência

3.8.1. O início dos trabalhos: o IF-Br

Em 2007, a Presidência da República instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) com o objetivo de "avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizado no Brasil e definir a elaboração e adoção de um modelo único para todo o país". O GTI realizou levantamento dos modelos e instrumentos utilizados em outros países, com vistas a subsidiar uma proposição de modelo único de avaliação da deficiência para o Brasil, de forma coerente com a nova concepção definida pela Convenção.

Como resultado dos trabalhos do GTI, concluiu-se que não havia, dentre os instrumentos de avaliação utilizados em todo o mundo, nenhum que se adequasse à realidade brasileira e estivesse em consonância com os princípios da Convenção. O GTI também elaborou uma série de recomendações e diretrizes específicas para a construção de um novo instrumento:

> - No novo modelo, a caracterização, classificação e valoração das deficiências não devem basear-se unicamente em diagnósticos clínicos de doenças, afecções e lesões traumáticas. Também não devem basear-se unicamente em diagnósticos de sequelas (consequências orgânicas) das doenças, afecções e lesões traumáticas.
> - (...) qualquer pessoa poderá ser avaliada pelo modelo proposto e ter sua deficiência valorada conforme alterações importantes em sua funcionalidade, considerando a influência de fatores sociais, econômicos, ambientais, dentre outros.
> - A avaliação e a valoração da deficiência deverão gerar uma certificação única, que dará acesso mais equitativo às diversas ações afirmativas ou benefícios.
> - Faz-se necessária a criação de uma rede de avaliação, valoração e certificação de abrangência nacional.
> - A certificação deverá ser emitida com base em avaliação realizada por equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar, especificando os benefícios e/ou ações afirmativas para os quais a pessoa com deficiência é elegível.
> - As equipes deverão ser capacitadas para aquisição de habilidades e conhecimentos específicos para implementação do modelo e aplicação dos instrumentos de avaliação.

Com base no trabalho desenvolvido pelo GTI, a então Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, contratou o Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS), em parceria com o Núcleo Interdisciplinar de Acessibilidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NIA/UFRJ), para desenvolver estudos a fim de propor um instrumento de avaliação da deficiência.

Inicialmente foram realizadas, pelo IETS, análises de indicadores socioeconômicos e contato direto com grupos de pessoas com deficiência por meio de métodos de pesquisa qualitativa para se efetivar a criação de uma ferramenta para aferição de deficiência, a ser utilizada em políticas públicas federais.

A proposta de avaliação e classificação da deficiência desenvolvida pelo IETS foi testada, mas não chegou a ser validada à época. Como resultado, essa proposta tem sido a base para o desenvolvimento de um projeto unificado de avaliação da deficiência para as políticas públicas da esfera federal.

3.8.2. O IFBr-A

Em 9 de maio de 2013, foi publicada a Lei Complementar nº 142, que regulamentou o § 1º do art. 201 da Constituição Federal no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS, já contendo em seu texto critérios de concessão que só poderiam ser aferidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Foi estabelecido, então, o prazo de seis meses para sua entrada em vigor, em decorrência da necessidade de elaboração de atos infralegais e de homologação do instrumento a ser aplicado pela perícia própria do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, para concessão do benefício.

Para regulamentar a matéria, foram constituídos dois Grupos de Trabalho: o primeiro com a finalidade de homologar o instrumento a ser aplicado pela perícia do INSS, bem como estabelecer as definições necessárias à sua aplicação; e o segundo, para discutir e elaborar a minuta de decreto para regulamentar a concessão de aposentadoria ao segurado com deficiência.

À época, o Ministério da Previdência Social e o Centro de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico da Universidade de Brasília (UnB) firmaram um Termo de Cooperação para realizar a validação do instrumento de avaliação para fins da Lei Complementar nº 142/2013.

A Secretaria Nacional disponibilizou ao então Ministério da Previdência Social (MPS) os estudos que já haviam sido desenvolvidos pelo IETS acerca da avaliação e classificação da deficiência. Então, partindo do IF-Br, a equipe da UnB levou a cabo a tarefa de validar o instrumento para concessão de aposentadoria para trabalhadores com deficiência em três etapas: ***(i)*** validação de conteúdo por especialistas; ***(ii)*** validação de face por aplicadores e público-alvo, e ***(iii)*** validação de acurácia, dando origem ao IFBRA (“A” de Adaptado).

É importante ressaltar que o IFBRA foi validado para um recorte bem específico da população com deficiência: trabalhadores que estavam em vias de se aposentar. Ou seja, boa parte do amplo espectro da população com deficiência não estava contemplado na amostra. Mas foi um passo fundamental para a configuração de um instrumento unificado de avaliação e classificação da deficiência.

3.8.3. A Lei nº 13.146/2015: Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

Em 2015, após décadas de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovado o Estatuto da Pessoa com Deficiência, mais conhecido atualmente como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI - Lei nº 13.146/2015). Alicerçada no conceito de deficiência da Convenção, a LBI atribuiu ao Poder Executivo a responsabilidade de criar instrumentos para avaliação biopsicossocial da deficiência, contemplando a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade da equipe de avaliação, sendo orientada pelas diretrizes da *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, da Organização Mundial de Saúde.

Partindo dos estudos anteriores realizado pelo IETS e pela UnB, o governo federal instituiu, por meio do Decreto nº 8.954/2017, um comitê multissetorial denominado Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência, a fim de, dentre outras atribuições, criar os instrumentos definidos pela LBI.

O Comitê era composto pela então Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Justiça e Cidadania, pelos Ministério da Fazenda, dos Transportes, Portos e Aviação Civil, da Educação, da Cultura, do Trabalho, do Desenvolvimento Social e Agrário, da Saúde, do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, das Cidades, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade).

A coordenação do comitê coube pela então Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Justiça e Cidadania e reuniu representantes dos órgãos responsáveis por 31 políticas, ações e serviços voltados à população com deficiência.

O Comitê teve competências relacionadas à criação do Cadastro-Inclusão, que também foi estabelecido pela LBI, e à avaliação da deficiência. No que tange a avaliação da deficiência, competia ao Comitê: criar os instrumentos de avaliação da deficiência, adotar medidas para subsidiar a validação técnico-científica dos instrumentos de avaliação biopsicossocial da deficiência e articular a implantação da avaliação biopsicossocial da deficiência no âmbito da administração pública federal; promover a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade na avaliação biopsicossocial da deficiência; articular a implantação da avaliação biopsicossocial da deficiência no âmbito da administração pública federal; coordenar e monitorar a implementação dos instrumentos de avaliação biopsicossocial da deficiência em cada órgão e entidade da administração pública federal competente, consideradas as especificidades das avaliações setorialmente realizadas; disseminar informações sobre a implantação da avaliação biopsicossocial da deficiência e promover a participação das pessoas com deficiência.

3.8.4. O IFBr-M

O Decreto nº 8.954/2017 definiu o Índice de Funcionalidade Brasileiro, desenvolvido pelo IETS, como base para a o instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência. A partir de então, a Secretaria Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério dos Direitos Humanos, por meio de um Projeto de Cooperação Internacional desenvolvido em parceria com a Organização dos Estados Iberoamericanos, contratou a UnB para realizar a validação técnico-científica do instrumento de avaliação e classificação da deficiência para políticas públicas federais, a fim de apoiar as atividades do Comitê.

A partir do trabalho desenvolvido pelo IETS e da validação do IFBRA promovido pelo MPS e UnB, o Comitê, com apoio institucional da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e suporte técnico-científico da UnB, iniciou em 2017 o processo de validação do IFBr para as políticas setoriais. Inicialmente o desenho proposto pela UnB como método para a validação do instrumento pressupunha a criação de núcleos validadores em cada órgão responsável por políticas voltadas às pessoas com deficiência. Conforme diretrizes formuladas pela UnB, cada núcleo validador deveria contar com pesquisadores que seriam responsáveis pelos processos setoriais de validação, que contariam com o acompanhamento e coordenação da Universidade e estes núcleos realizariam as três etapas de validação (conteúdo, face a acurácia). Ao final a UnB faria a meta-análise das validações setoriais para a definição de um instrumento unificado.

Em junho de 2017, a UnB organizou uma oficina de trabalho com os membros do Comitê e especialistas indicados pelos órgãos para os núcleos validadores a fim de aprofundar os conceitos e as aplicações do IFBr e instrumentalizar os representantes do Comitê e os pesquisadores para as discussões do processo de validação do instrumento.

Até a data da Oficina, poucos órgãos do Comitê haviam indicado especialistas dentro do perfil recomendado pela UnB para compor as equipes de validação setoriais, em virtude da dificuldade desses órgãos em constituir núcleos validadores próprios, por restrições temporais, orçamentárias e de pessoal. Assim, posteriormente, seguindo deliberação do Comitê, o desenho da validação foi modificado para uma estratégia de realização de núcleo validador único, com a coordenação técnico-científica da UnB, tendo em vista que a meta-análise proposta inicialmente também não atenderia a necessidade de definição de um instrumento único de avaliação.

Um Subgrupo Temático do Comitê, formado por componentes e técnicos dos órgãos representados naquele colegiado, foi criado a fim de acompanhar o processo de validação junto à UnB e órgãos setoriais. A primeira fase de validação do IF-Br consistiu da validação de conteúdo. Partindo dos instrumentos de avaliação da deficiência já criados (IF-Br, IFBRA e instrumento de avaliação social e médico-pericial da pessoa com deficiência para concessão do Benefício de Prestação Continuada –

BPC), participantes do Comitê, juntamente com especialistas indicados pelos órgãos representados no Comitê, iniciaram o trabalho de validação do conteúdo.

Esse trabalho foi antecedido por diversas reuniões realizadas setorialmente pelo Ministério da Saúde, que reuniu as áreas técnicas que tinham interface com a questão da avaliação da deficiência (saúde da pessoa com deficiência; saúde mental, álcool e outras drogas; saúde da pessoa idosa; saúde da criança e aleitamento materno; e saúde do adolescente e jovem) e realizou uma proposta inicial de alterações no IF-Br e IFBRA, que sugeria sobretudo a adição de domínios e atividades da CIF.

Tabela V - Informações sobre as Oficinas de Trabalho realizadas para discussão da Validação de Conteúdo do IF-Br.

Oficinas de Trabalho – Validação de Conteúdo do IF-Br		
Data	**Local**	**Objetivo**
29/06/2017	UnB	Nivelamento de informações
16/11/2017	MDS	Apresentação e discussão da proposta do MS
27/11/2017	MMFDH	Discussão de formulários de identificação, funções corporais e matriz de atividades
14/12/2017	MMFDH	Discussão de formulários, matriz de atividades e modelo Fuzzy
18/01/2017	UnB	Discussão da matriz de atividades com recortes de faixas etárias, modelo Fuzzy e escala de pontuação
25/01/2018	UnB	Discussão da matriz de atividades com recortes de faixas etárias, modelo Fuzzy e escala de pontuação
29/01/2018	UnB	Discussão da matriz de atividades com recortes de faixas etárias, modelo Fuzzy e escala de pontuação

O Comitê, portanto, realizou um intenso trabalho a fim de dar à cabo às atribuições cometidas pelo Decreto nº 8.954/2017. Ressalte-se, porém, que o trabalho de validação de um instrumento de avaliação de uma condição tão complexa como a deficiência não é algo trivial, e deve estar alicerçado em parâmetros e fundamentos técnico-científicos rigorosos.

As reuniões do Comitê foram suspensas pelo então Secretário Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência em fevereiro de 2018, após a conclusão da validação de conteúdo, embora as atividades do Comitê não tivessem sido concluídas. Nesse ínterim, a Universidade de Brasília deu seguimento à validação de acurácia e face, submetendo o projeto de pesquisa à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), etapa necessária para dar continuidade à pesquisa dentro de parâmetros éticos previstos na legislação sobre pesquisa com seres humanos.

A CONEP aprovou o projeto de pesquisa em julho de 2018, no entanto determinou a submissão aos comitês de ética nos locais em que a pesquisa seria realizada. Isso resultou em um atraso no cronograma inicialmente previsto para as etapas de aplicação do instrumento no campo, pois as aplicações só poderiam efetivamente ter início a partir da aprovação nos comitês locais.

Tendo em vista a necessidade de definir os locais de aplicação da pesquisa em que houvesse público com deficiência, foi feita uma parceria com a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que disponibilizou a rede de serviços do SUS em 14 localidades, contemplando Centros Especializados em Reabilitação, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Foi definido pela equipe de pesquisa um desenho amostral de 7.700 pessoas a serem avaliadas nas cinco regiões do país, contemplando cidades de grande e pequeno porte, em cinco intervalos de faixa etária e os cinco tipos de deficiência.

Conforme informações fornecidas pela UnB, as contingências da pesquisa, como a necessidade de aprovação nos comitês de ética locais e a necessidade de capacitação dos profissionais para utilização do instrumento, levaram ao início da aplicação do IFBRM de fato somente em outubro de 2018. A ampliação das aplicações e da coleta de dados foi ocorrendo de forma incremental, à medida que o projeto de pesquisa ia sendo aprovado nos comitês de ética locais. Além disso, a equipe de pesquisa relatou que a aplicação ocorreu de forma lenta nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro, em decorrência do período de férias e festividades, o que impactou o cumprimento de prazos previstos no cronograma inicial da pesquisa.

Em 2019, o Comitê é extinto pelo Decreto nº 9.759/2019 sem ter seus trabalhos concluídos, e a validação do IFBr-M. Em outubro de 2019, o relatório final da pesquisa de validação técnico científica do IFBr-M foi entregue pela UnB. O instrumento validado foi então apresentado em diversos fóruns, incluído o Conselho Nacional dos Direitos, que o aprovou por meio da Resolução 01, de 05 de março de 2020.

Inicia-se, então, o processo de discussão sobre a adequabilidade e viabilidade de se implantar na administração pública federal o instrumento de avaliação da deficiência de acordo com os parâmetros definidos pela pesquisa de validação. Dadas as dúvidas surgidas por órgãos setoriais sobre a capacidade do instrumento validado abarcar as especificidades das mais de 30 políticas voltadas ao público com deficiência, decidiu-se pela instituição de novo colegiado, o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação da Deficiência.

O Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência foi instituído por meio do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020. Conforme o decreto:

> Art. 2º Ao Grupo de Trabalho Interinstitucional compete formular propostas sobre:
> I - ato normativo para regulamentar o art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que conterá os instrumentos e o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência; e
> II - a criação e a alteração de atos normativos necessários à implementação unificada da avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.
> Parágrafo único. O Grupo de Trabalho Interinstitucional utilizará o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado como instrumento-base para a elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência.

O GTI foi coordenado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Em sua composição o GTI contou com representações dos seguintes órgãos: dois representantes do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; dois do Ministério da Economia[1] ; um do Ministério da Cidadania; um do Ministério da Saúde; um da Advocacia-Geral da União; e dois do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Ao longo de seu funcionamento, foram discutidos, com apoio dos Grupos Técnicos Especializados, o instrumento de avaliação IFBr-M, validado pela Universidade de Brasília, e se este se mostrava adequado para implantação imediata visando a caracterizar a deficiência para acesso às políticas públicas de âmbito federal voltadas para a população com deficiência.

Em relação a esse ponto, foi consenso no grupo a necessidade de ajustes no instrumento, ou seja, o IFBr-M validado pela UnB não foi considerado apto a ser implantado na forma como foi apresentado após a validação técnica realizada por aquela universidade. A capacidade de discriminar e selecionar o público-alvo do instrumento validado mostrou-se insatisfatória, especialmente ao se considerar a inter-relação entre as 34 políticas federais direcionadas às pessoas com deficiência e o impacto orçamentário e financeiro resultante da alteração do perfil do beneficiário, especialmente para o público do BPC.

As razões para a não adequação se relacionam à característica binária da classificação da deficiência presente na grande maioria das políticas voltadas às pessoas com deficiência, o que demanda um instrumento que resulte em focalização do público a ser atendido. As alterações normativas para modificar a estrutura binária são de implantação complexa, pois envolvem mudanças legislativas em leis e demandam muito tempo. Logo, o instrumento a ser implantado de forma mais imediata deve ser capaz de caracterizar a deficiência de forma a não reforçar iniquidades, considerando que pessoas com deficiência assim caracterizadas são consideradas no mesmo patamar, independente da gravidade; e assim pessoas com deficiências leves, que têm menor restrição de participação comparado a pessoas com deficiência moderada e grave, acessam a maior parte das políticas da mesma forma.

Para adequar o instrumento IFBr-M à realidade das políticas públicas federais, foram construídas, no âmbito do GTI, duas propostas de instrumentos ajustados, uma pelos Ministérios da Economia e da Cidadania, e outra pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que será apresentada na seção seguinte.

3.8.5. A PROPOSTA DA SNDPD/MMFDH

A equipe técnica da SNDPD/MMFDH, com base na validação e relatório da UnB, elaborou uma proposta de melhoria do IFBr-M visando sua melhor adequação para sua efetiva implantação.

Assim, passamos a apresentar resumidamente a proposta de instrumento que respeitou o processo de validação da UnB, mantendo todas as características do IFBr-M validado.

I. PROPOSTA DE ALTERAÇÕES NO INSTRUMENTO DO IFBR-M

a) Diagnóstico

Para o cidadão ter acesso à maior parte das políticas públicas federais, a caracterização da deficiência é, por lei, binária, ou seja, é necessário apenas constatar se há ou não há deficiência. Assim, o acesso às políticas é autorizado para todos aqueles que são caracterizados como pessoas com deficiência, sem distinção em relação ao grau de gravidade da deficiência. Algumas exceções são o acesso à aposentadoria antecipada para pessoas com deficiência e o auxílio-inclusão, que tem acessos diferenciados conforme o grau de deficiência.

Esse modelo binário de política gera consequências que são deletérias às pessoas com deficiência que têm maior restrição de participação na sociedade, gerando iniquidades, porque aqueles que têm uma inclusão maior no meio social acabam acessando políticas públicas que deveriam ser prioritariamente direcionadas às pessoas com maior comprometimento. Como exemplo, pode-se citar a política de reserva de vagas em empresas. Como há uma competição entre pessoas com deficiência com diferentes graus de gravidade pelas mesmas vagas reservadas, aquelas que convivem com menos barreiras e que têm uma deficiência leve, acabam sendo favorecidas em relação às que enfrentam mais barreiras, pois estas últimas presumivelmente enfrentaram e enfrentam maiores dificuldades no acesso à saúde, à educação, à qualificação profissional, ficando assim em desvantagem em relação àquelas com uma deficiência mais leve.

Desse modo, observa-se que esse modelo gera má alocação de recursos públicos e sobrecarga no sistema de proteção social, pois o estado não seleciona adequadamente aqueles que necessitam de mais amparo estatal e, ainda mais preocupante, acaba favorecendo pessoas com deficiências mais leves, especialmente quando há competição por recursos.

Assim, o ideal é promover a alteração na legislação brasileira para adoção de um sistema unificado de avaliação da deficiência, não-binário, com graus diferentes de acesso às políticas, benefícios e serviços, de acordo com a restrição de participação e a necessidade de apoios – quanto maior a restrição de participação em razão da deficiência, maior deve ser o apoio do estado. Entretanto, enquanto essas alterações não ocorrem, é preciso que o instrumento de avaliação não seja um mecanismo que venha a catalisar a ampliação dessas iniquidades.

Outro ponto relevante é a coexistência de modelos distintos de caracterização da deficiência, com modelos de perfil mais restritivo e outros de perfil mais concessivo, o que dificulta a unificação em um modelo que seja focalizado e equilibrado. Isso gera um desafio adicional à criação de um instrumento e um sistema

único de avaliação da deficiência, pois a tendência do estado é, ao unificar esses modelos, optar por desenhos mais restritivos para manter o equilíbrio fiscal.

Além disso, há vários órgãos responsáveis por políticas setoriais voltadas às pessoas com deficiência, o que traz complexidade à coordenação de esforços e de entendimentos sobre o conceito de deficiência e sobre a necessidade de implantação de um sistema unificado a partir do papel de coordenação superior da SNDPD/MMFDH.

Os ajustes apresentados a seguir visam a minimizar alguns desses problemas. O instrumento validado, enquanto ferramenta de acesso a políticas públicas, precisa estar inserido nessa realidade e dialogar com as características da situação atual da avaliação da deficiência, para que a transição de um modelo para outro não seja prejudicial àquelas pessoas que a legislação busca proteger.

b) Objetivos das alterações

Em relação ao instrumento IFBr-M, as propostas de ajustes apresentadas pelo MMFDH (anexo 10) visam a(o):

1. adequação do instrumento validado à realidade da administração pública federal, considerando-se que as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência são variadas, com objetivos distintos, marcos temporais diferenciados e impactos diferentes da caracterização do grau da deficiência para acesso aos serviços, benefícios e direitos em relação aos beneficiários;
2. aperfeiçoamento de componentes da avaliação que examinam os fatores ambientais e as funções e estruturas do corpo, para melhor qualificar o contexto e os impedimentos;
3. melhoria da focalização do público que acessará as políticas, considerando o elenco variado de políticas que adotarão o novo instrumento e o impacto da nova caracterização da deficiência nos públicos mais vulneráveis, por meio da inclusão de um componente de ponderação baseado na funcionalidade;
4. introdução de um componente de avaliação específico para o público que busca a caracterização da deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, considerando a legislação relacionada, em especial a comprovação de não possuir meios de prover à própria manutenção.

c) Como foi construída a proposta de alteração

A proposta de aprimoramentos foi elaborada a partir das seguintes atividades:

1. Consultas a estudos internacionais e recomendações de especialistas em deficiência de outros países;
1. Reuniões com especialistas na área da deficiência e de instrumentos de avaliação;
2. Análises e testes na base de dados da validação do IFBr-M;
3. Análise de instrumentos de avaliação de outros países (em especial da França);
4. Análise do instrumento de avaliação do BPC;
5. Mapeamento das políticas impactadas e dos critérios específicos de acesso;

6. Realização de oficina de trabalho com técnicos da SNDPD e especialistas.

d) Componentes do Instrumento Ajustado

1) Formulário de avaliação inicial

Baseado no Instrumento de avaliação da França, foi criado esse componente que busca registrar informações sobre o avaliado acerca da necessidade de acompanhamento por profissionais especializados, características da condição da pessoa avaliada, acesso a serviços da rede de saúde e reabilitação, assistência social, evolução e impactos da condição avaliada na vida da pessoa.

As informações serão utilizadas pela equipe multiprofissional da avaliação biopsicossocial, para ter acesso a história da pessoa a ser avaliada, e ter mais elementos que ajudarão a caracterização ou não da deficiência.

2) Inclusão de Formulário de Fatores Ambientais

No IFBr-M validado, a avaliação dos fatores ambientais no IFBr-M é feita pela simples marcação das barreiras na matriz de atividades e participação. Desse modo, informações das barreiras coletadas na matriz é pouco específica e não agrega informações qualificadas para a avaliação e para a formulação de políticas públicas.

A inclusão do Formulário de Fatores Ambientais visa a obter e registrar de forma mais detalhada e qualificada as barreiras enfrentadas pela pessoa em seu contexto de vida, com base nos respectivos domínios da CIF. Apenas as barreiras significativas são registradas, caso a caso, por meio de marcação simples (click) em uma tabela em formato digital, interativa e de fácil preenchimento, porém, com bom nível de detalhamento. Esses registros resultam um relatório objetivo sobre as barreiras vivenciadas pela pessoa avaliada, de modo a subsidiar, em conjunto com os demais elementos, a aplicação da matriz do IFBr-M (Formulário de Atividades e Participação), que avalia e gradua as limitações e restrições enfrentadas.

3) Aprimoramento do Formulário de Funções e Estruturas do Corpo

O Formulário de Funções e Estruturas do Corpo, no IFBr-M validado, é muito sintético e traz poucas informações sobre as características do impedimento. Identificou-se, portanto, a necessidade de considerar de forma mais detalhada e qualificada esse componente da avaliação biopsicossocial, baseado na CIF. Ajustes nesse componente foram introduzidos, ampliando-se o leque de informações sobre as alterações em funções e nas estruturas do corpo da pessoa avaliada.

Assim, os componentes Funções e Estruturas do Corpo, estão representados em duas tabelas distintas, lado a lado, contendo os respectivos domínios da CIF. Apenas as alterações significativas em funções e/ou estruturas do corpo são registradas, caso a caso, por meio de marcação simples (click) nas tabelas em formato digital, interativas e de fácil preenchimento, permitindo níveis diferenciados de detalhamento, a depender do(s) domínio(s), em conformidade com

a CIF. Esses registros resultam também um relatório objetivo sobre o(s) impedimento(s) identificado(s), de modo a subsidiar, em conjunto com os demais elementos, a aplicação da matriz do IFBr-M (Formulário de Atividades e Participação), que avalia e gradua as limitações e restrições enfrentadas.

4) Formulário de Atividades e Participação

Em relação ao instrumento validado, na presente proposta não houve alteração significativa. As atividades selecionadas da CIF permanecem divididas em sete Domínios (Aprendizagem e aplicação de conhecimento; Comunicação; Mobilidade; Cuidados Pessoais; Vida Doméstica; Educação, Trabalho e Vida Econômica; Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política).

A pontuação do nível de independência para cada atividade avaliada continua com os mesmos parâmetros, baseada no modelo da Medida de Independência Funcional – MIF, com os níveis de dependência agrupados em quatro níveis de pontuação (25, 50, 75 e 100 pontos). O Modelo linguístico Fuzzy é aplicado conforme o tipo de impedimento, na forma do instrumento validado.

Com a introdução do formulário de Fatores Ambientais, foram retiradas as colunas correspondentes às barreiras ambientais na matriz. Assim, a marcação dessas colunas não é mais necessária, visto que essas informações de barreiras estarão detalhadas no Formulário de Fatores Ambientais.

Nessa etapa da avaliação, o formulário é preenchido por dois profissionais com formação técnica distinta, a partir de seus saberes e de conhecimentos obtidos em capacitação específica sobre o instrumento, que deverá obrigatoriamente ser realizada.

Assim, a pontuação atribuída a cada atividade, por cada profissional, é somada e o grau de deficiência é estabelecido a partir das “réguas de pontuação” da validação, que variam conforme a faixa etária e o tipo de impedimento.

5) Componente de Ponderação

Esse componente é baseado na pontuação na matriz de atividades e participação dada pelos avaliadores da equipe multiprofissional e interdisciplinar. Seu objetivo é indicar, dentre os avaliados na faixa de caracterização da deficiência pela pontuação da matriz de atividades e participação, aqueles que deverão ter acesso às políticas públicas, em razão de seu desempenho em um set de atividades da matriz consideradas mais impactantes e restritivas, de acordo com o tipo de impedimento.

O componente de ponderação foi criado a partir da análise dos resultados da validação, em especial em relação às réguas de pontuação geradas pela pesquisa, que, em alguns casos, consideram pessoas com deficiência leve também aquelas com pequena redução de funcionalidade.

Abaixo está a régua de pontuação com os respectivos pontos de recorte para deficiência grave, moderada, leve e sem deficiência, para a faixa etária de 18-59 anos, para todos os impedimentos, conforme a pontuação nas 25 atividades discriminantes apontadas pela validação.



Figura IV: Descrição: Imagem da régua de pontuação da faixa etária de 18 a 59 anos, para todos os impedimentos, com pontuação mínima equivalente a 1250; pontuação para grave menor ou igual 3050; pontuação para moderado menor ou igual a 4200; pontuação para leve menor ou igual a 4950; e máximo de pontuação igual a 5000.

Verifica-se que o ponto de corte da deficiência leve na faixa de 18 a 59 anos (4.950) é muito próximo ao máximo de pontos da régua (5000). Assim, basta os dois avaliadores pontuarem 75 em uma das 25 atividades e 100 nas demais para que a pessoa seja considerada com deficiência grau leve: (23 x **100** x 2) + (2 x **75** x 2) = 4.600 + 300 = 4.900 (LEVE).

Esse componente foi criado a partir de perguntas-chave, com o objetivo de ponderar o resultado da matriz de atividades e participação, para melhor focalização do instrumento.

Tabela VI - Faixas Etárias e Perguntas-chaves

Faixa Etária	Pergunta-chave
0 – 4 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 ou 50 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
5 – 10 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
11 – 17 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
18 – 59 anos	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 4 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?
60 anos ou mais	O avaliado recebeu pelo menos 1 pontuação 25 por um dos avaliadores, ou 2 pontuações 50 por um dos avaliadores, ou 3 pontuações de 75 por um dos avaliadores nas seguintes atividades listadas?

**O set de atividades, bem como o detalhamento da aplicação do componente de ponderação, segue como anexo a este relatório (anexo 10).*

Se o sistema capturou uma resposta NÃO à pergunta-chave na sua faixa etária, muda-se a gravidade da deficiência de grave para moderado, de moderado para leve e de leve para sem deficiência. Se o sistema capturou uma respondeu SIM à pergunta-chave na sua faixa etária permanece a gravidade original do IFBr-M. Esse componente foi testado na base de dados da pesquisa de validação do IFBr-M, e observou-se uma melhor focalização do instrumento, com redução do número de avaliados classificados como pessoas com deficiência leve e aumento do número de pessoas sem deficiência.

6) Monitoramento Complementar para Extremos de Idade

As limitações e restrições são naturalmente maiores em crianças de baixa idade e idosos. Em razão dessa condição natural faz-se necessário separar os impactos do(s) impedimento(s) e da faixa etária na funcionalidade. Esses indicadores nos extremos de idade foram incluídos para monitorar os resultados do instrumento, ou seja, não interferem na conclusão da avaliação.

Por meio de informações do sistema, questões relacionadas ao impacto do impedimento serão automaticamente respondidas e analisadas, a fim de verificar se o instrumento está adequado ao seu objetivo de caracterizar a deficiência.

Tabela VII – Componentes para monitoramento dos extremos de idade

Faixas Etárias (0-4 anos e 5-10 anos)
Há impedimento(s) que compromete(m) a comunicação?
Há impedimento(s) que compromete(m) movimentos, como mudar posição do corpo, deslocar-se, pegar objetos ou a realização de funções fisiológicas básicas, como alimentação, micção e defecação?
Há impedimento(s) que compromete(m) enxergar/identificar objetos?
Há impedimento(s) que compromete(m) aquisição de habilidades básicas do desenvolvimento e/ou ações como brincar ou interagir?
Faixa Etária (60 anos ou mais)
Há impedimento(s) que compromete(m) a comunicação?
Há impedimento(s) que compromete(m) movimentos, como mudar posição do corpo, deslocar-se, pegar objetos ou a realização de funções fisiológicas básicas, como alimentação, micção e defecação?
Há impedimento(s) que compromete(m) enxergar/identificar objetos?
Há impedimento(s) que compromete(m) o planejamento, a organização e a execução de atividades básicas da vida diária?

7) Componente específico para o Benefício de Prestação Continuada

A maior política de assistência à pessoa com deficiência, dentre as políticas públicas federais voltadas às pessoas com deficiência, é o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Esse benefício é regulado por legislação específica, e está estabelecido na Constituição Federal de 1988, em seu art. 203:

> Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
> (...)
> V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à

> própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

A partir da análise do texto constitucional, verifica-se que são elencados três critérios para acesso ao BPC para a pessoa com deficiência: (i) ser pessoa com deficiência; (ii) comprovar não possuir meios de prover à própria manutenção; (iii) ou de tê-la provida por sua família.

Observa-se que a Lei nº 8.742/1993 estabeleceu a avaliação médica e a avaliação social para verificar o atendimento ao primeiro critério (ser pessoa com deficiência) e renda familiar mensal per capita igual ou inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo para verificar o atendimento ao terceiro critério. Porém, o segundo critério não está estabelecido em lei (comprovar não possuir meios de prover à própria manutenção).

Nesse sentido, propõe-se a inclusão de um componente da avaliação específico para analisar esse critério por meio da seleção de alguns itens da matriz de atividades e participação que se apresentam com maior impacto na garantia da própria subsistência, ou seja, meios mínimos necessários para manutenção das condições de vida da pessoa.

A seleção desses itens se deu por análise dos dados da validação, em cada faixa etária separadamente. Foram extraídos para o componente específico do BPC os itens mais relacionados à manutenção da vida e que se encontravam significativamente mais afetados em sua funcionalidade dentre as pessoas da amostra que já recebiam BPC e ao mesmo tempo eram menos afetados nas pessoas que não recebiam BPC. Dessa forma, será avaliada a capacidade do avaliado de possuir os meios de prover a própria manutenção a partir de sua funcionalidade.

Resumo do processo de avaliação utilizando-se o Instrumento ajustado do Modelo MMFDH:

- Formulário do Profissional Assistente (não obrigatório – a ser preenchido pelo profissional assistente)
- Componente de informações adicionais sobre a condição avaliada (preenchido pela equipe de avaliação)
- Inclusão de Formulário de Fatores Ambientais (preenchido pela equipe de avaliação)
- Aprimoramento do Formulário de Funções e Estruturas do Corpo (preenchido pela equipe de avaliação)
- Formulário de Atividades e Participação (Matriz do IFBr-M) (preenchido pela equipe de avaliação)
- Componente de Ponderação (regra de sistema)
- Questões complementares para extremos de idade (regras de sistema)
- Componente Específico para o Benefício de Prestação Continuada (regra de sistema)
- Caracterização da Deficiência (leve, moderada ou grave) ou não caracterização (sem deficiência)

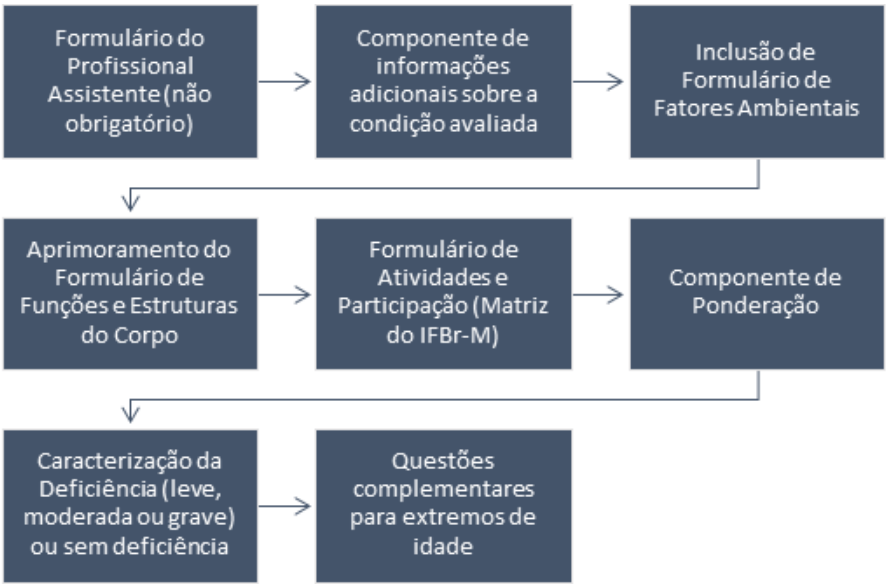


Figura V - Descrição: elemento gráfico contendo oito retângulos azuis com letras brancas, em série, unidos por setas, com o nome de cada etapa da avaliação em cada um dos retângulos.

II. PROPOSTA DE SISTEMA UNIFICADO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

A proposta desenhada pelo MMFDH prevê o estabelecimento de uma rede nacional de avaliação, valoração e certificação da deficiência e criação de um cadastro nacional que aglutinará as informações provenientes da avaliação às bases de dados, com o objetivo de implantar o sistema único de avaliação e do registro de dados sobre pessoas com deficiência, a partir de julho de 2022.

a) Escopo do Sistema Único de Avaliação e Certificação da Deficiência

O Sistema Único de Avaliação e Certificação da Deficiência proposto tem como escopo:

1. Instituição de um Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência em todo o território nacional, operacionalizado inicialmente pelo INSS, a ser implantado por etapas, iniciando por políticas de menor impacto fiscal, inserindo gradativamente as demais políticas;
2. Definição de um instrumento único de avaliação, considerando as características de cada política setorial e fundamentado em parâmetros técnicos e científicos (anexo 10);
3. Criação de um comitê gestor nacional da avaliação e certificação da deficiência, instância formal e permanente na estrutura da administração pública federal, para acompanhar as questões relacionadas à avaliação biopsicossocial da deficiência, formado por técnicos dos órgãos envolvidos, sendo prevista a consulta a especialistas e representações de pessoas com deficiência;
4. Implementação de um estudo de validação em uso, em razão dos ajustes realizados no instrumento, para se avaliar a efetividade das alterações propostas e a necessidade de outras alterações, que deverão ser realizadas assim que identificadas;
5. Definição de uma rede de âmbito nacional de profissionais que comporão a equipe multiprofissional e interdisciplinar devidamente capacitados para aplicação do instrumento, com momentos de formação

periódicos, e instituição certificação dos profissionais para realizar a avaliação biopsicossocial;
6. Definição dos equipamentos públicos que serão lócus da avaliação, iniciando-se pelas agências do INSS e ampliando-se para redes ou unidades de equipamentos públicos que poderão ser utilizadas como espaço físico para a realização da avaliação (unidades do Sistema Único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social, do Instituto Nacional do Seguro Social, do Subsistema Integrado de Saúde do Servidor, etc.);
7. Estabelecimento de rotinas e procedimentos, a serem normatizados para criação de parâmetros uniformizados de atendimento;
8. Criação do Cadastro-Inclusão para consolidar as informações das pessoas avaliadas, em bases de dados que permitam a interoperabilidade com outras bases de informações existentes;
9. Envolvimento e escuta das pessoas com deficiência.

b) Operacionalização por etapas

A operacionalização da implantação da avaliação deverá ser feita por etapas, iniciando-se por políticas de menor impacto fiscal e menor volume de usuários, para maior controle da demanda e para permitir que os aprimoramentos no instrumento durante o primeiro ano de implantação sejam realizados antes de se ter um grande contingente de pessoas avaliadas.

Etapa 1 - Políticas de fácil operacionalização e impacto imediato

1. Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel (IPI)
2. Isenção de Imposto sobre Operações Financeiras (IOF)
3. Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência (Casa Verde e Amarela)
4. Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência
5. Horário especial para servidor com deficiência
6. Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência
7. Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais
8. Passe Livre Interestadual
9. Acesso a Obras Publicadas às Pessoas Cegas, com Deficiência Visual (Tratado de Marraqueche)

Etapa 2 - Políticas específicas com operacionalização mais complexa

10. Avaliação da idade mental de dependente de servidor para concessão de auxílio pré-escolar
11. Saque do FGTS para compra de órteses e próteses
12. Acessibilidade no processo obtenção da Carteira Nacional de Habilitação
13. Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência
14. Educação inclusiva
15. Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência
16. Reserva de cargos em concursos públicos
17. Residências Inclusivas
18. Centros-Dia de Referência
19. Acesso a serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita.
20. Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infanto-juvenil
21. Reserva de cargos em empresas para pessoas com deficiência (Lei de Cotas)
22. Atendimentos prioritários (processual, procedimentos etc.)

23. Reserva de vagas em estacionamentos

Etapa 3 – Políticas mais complexas e com maior impacto fiscal (a depender da adesão dos órgãos responsáveis)

24. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social
25. Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS
26. Pensão (de segurado do RGPS falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental
27. Aposentadoria de servidor com deficiência
28. Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental
29. Auxílio-inclusão

Etapa 4 - Políticas a serem regulamentadas ou reformuladas (a depender da adesão dos órgãos responsáveis)

30. Reabilitação Profissional
31. Profissional de Apoio Escolar
32. Moradia para a Vida Independente
33. Trabalho com Apoio

c) Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência

Com o avançar da implantação, sugere-se que Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência em todo o território nacional seja operacionalizado por um novo equipamento público a ser criado – a “Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência”, articulada com o Cadastro-Inclusão.

A Rede Nacional de Avaliação e Certificação da Deficiência, com certificação própria para os profissionais avaliadores, atuará nesse novo equipamento, “Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência”, por meio de parcerias com Estados e Municípios, sendo observada a capacitação e certificação obrigatória dos profissionais avaliadores. A construção de um espaço físico não é mandatória, e arranjos mais flexíveis podem ser utilizados para que locais onde pessoas com deficiência já usualmente frequentam possam ter as funções da “Casa”.

Nesse modelo o requerimento de avaliação poderá ser feito via CRAS, CREAS, CER, INSS e outros, pelo cidadão ou representante legal no território. A Casa recebe a demanda, define os profissionais avaliadores, agenda e realiza a avaliação. A avaliação é validada por uma comissão específica para esse fim, que define o que a pessoa poderá acessar, de acordo com sua avaliação. A pessoa é certificada como tendo deficiência, se for o caso, e fica cadastrada no Cadastro-Inclusão. Ela é encaminhada para serviços de reabilitação, qualificação escolar e profissional, emprego, e outros, conforme seu projeto de vida e parcerias disponibilizadas no território. Desse modo, a pessoa avaliada não é apenas direcionada a benefícios, mas a uma rede de suporte, que envolve os órgãos de saúde, educação, emprego, lazer, cultura, esporte, entre outros, em uma estratégia de intervenção global, combinando as várias respostas às necessidades identificadas, algumas mobilizando políticas públicas, outras dispositivos específicos, inclusive podendo contar com as próprias

associações de pessoas com deficiência e entidades representativas na oferta de serviços e apoio.

Por fim, a informação sobre a deficiência (tipo, grau, acompanhante) fica registrada em sua identidade digital, e ela acessa as políticas públicas que são de interesse e conforme os critérios legais estabelecidos.

4. Identificação dos objetivos, das ações e dos resultados esperados

A presente proposta de intervenção possui como objetivo central implantar o Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência e o Cadastro-Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Para fins de viabilizar esse objetivo a SNDPD propõe a adoção do IFBr-M, conforme validado pela UnB, mas com melhorias e adaptações construídas pela equipe após estudos e com a participação de especialistas.

Assim, será possível a regulamentação dos art. 2º e 92 da LBI.

4.1. Os resultados e os impactos esperados

Através da intervenção em análise teremos como resultados e impactos para a sociedade brasileira e, principalmente para as pessoas com deficiência, a melhoria no atendimento e nos processos de avaliação da deficiência desses cidadãos, uma vez que a proposta visa a padronizar procedimentos.

A transparência no processo de avaliação, além de segurança, uniformização e qualidade nos dados coletados também são impactos positivos para a sociedade, a qual também contará com maior controle

A redução da quantidade de avaliações que uma mesma pessoa necessita para acessar diversas políticas públicas federais será um resultado assertivo da intervenção.

A intervenção trará ainda como impactos maior transparência e dados mais confiáveis sobre pessoas com deficiência no Brasil, gerando maior segurança jurídica, uma vez que o instrumento proposto atende aos requisitos da Convenção e LBI.

Também teremos como impactos o aprimoramento da capacidade de realização de avaliações, maior agilidade e segurança no processo, bem como eficiência na gestão das políticas que utilizarão o cadastro-inclusão,

Por fim, haverá melhoria na gestão do processo de ampliação da avaliação que poderá contar com mais profissionais avaliadores nos diversos Órgãos Federais, Poderes e Entes Federados.

4.2. As ações a serem implantadas

A intervenção em análise requer um conjunto de ações para a garantia de sua implementação de forma eficiente e eficaz, enquanto uma política pública de nível federal que deve alcançar todas as regiões do país.

A primeira ação é normatizar o Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, pela qual teremos como produtos a regulamentação (Decreto) da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência publicada e as definições do instrumento único de avaliação, da estrutura de avaliação (órgãos, serviços e avaliadores), da estrutura do Comitê Gestor, e a governança (os papeis dos órgãos e entidades no sistema unificado). Esta ação envolverá apenas recursos humanos (cognitivos), não necessitando de recursos orçamentários.

A segunda ação necessária é a parceria para desenvolvimento do sistema digital com INSS e SGD, que terá como produto um Termo de Execução Descentralizado (TED) objetivando o desenvolvimento digital de avaliação e do Cadastro-Inclusão. A presente ação envolverá recursos orçamentários para o desenvolvimento do sistema e não orçamentários, quais sejam: recursos humanos (cognitivos) e sensibilização de atores.

Sequencialmente, a formalização de parceria com o INSS para implantação da avaliação, terá como produto um Termo de Execução Descentralizado (TED). Visto que o Instituto possui a estrutura e os profissionais necessários ao início das avaliações no âmbito federal. Assim, haverá a necessidade de recursos orçamentários referente ao custo das avaliações e não orçamentários para sensibilização de atores.

Com as ações anteriores concluídas, será possível formalizar parcerias com os Órgãos Gestores das políticas federais visando a adesão dos mesmos ao Sistema Unificado e Cadastro-Inclusão. Serão produtos dessa ação os atos de formalização com cada órgão Gestor das políticas e Relatório apontando rede de profissionais e locais disponíveis nesses órgãos para se ampliar a capacidade de realização de avaliações (possibilidades de órgãos e instituições e respectivas capacidades de atendimento). Sendo utilizados recursos não orçamentários, ou seja, apenas recursos humanos próprios para as tratavas.

Efetivadas as ações anteriores, haverá a necessidade de ações de capacitação dos avaliadores, assistentes e gestores, de forma continuada, contendo módulos presenciais e à distância. Sendo produtos da mesma o contrato firmado com conteudista, o conteúdo elaborado, o mapeamento da instituição que vai executar curso e o contrato firmado com instituição aplicadora do curso. Desta forma, a ação envolverá recursos orçamentários para as contratações e não orçamentários (capacidade técnica do MMFDH e INSS).

Outra ação necessária é a produção de documento orientador para os gestores dos órgãos aderentes ao Sistema Unificado e Cadastro-Inclusão, que terá como produto o próprio documento elaborado. Esta ação somente mobilizará recursos não orçamentários (Recursos Humanos do MMFDH).

A proposta em análise ainda alcança os Poderes Legislativo e Judiciário, uma vez que o legislador incumbiu ao Poder Executivo a criação do instrumento único e a implantação da avaliação. Desse modo, os demais Poderes da União devem adotar o mesmo instrumento que o Poder Executivo.

Além disso, pelo Pacto Federativo – definido na Constituição de 1988 pelos art. 1º e art. 18 – Estados, Distrito Federal e Municípios podem implementar suas próprias políticas semelhantes à aqui analisada. Pois, possuem governo próprio e autonomia relativa nos assuntos locais. Todavia, os demais Entes Federados (Estados, Distrito Federal e Municípios), também podem adotar o instrumento e sistema aqui propostos, uma vez que a LBI – como lei de abrangência nacional – se aplica em todo o território brasileiro.

Diante disso, temos a necessidade de realizar mais uma ação de formalizar parceria com o Poder Legislativo e Judiciário e Estados, Distrito Federal e Municípios para que eles adotem o Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência e o Cadastro-Inclusão para as suas políticas. Como resultados dessa ação teremos os atos de formalização firmados e Relatório apontando rede de profissionais e locais disponíveis nesses Poderes e Entes para se ampliar a capacidade de realização de avaliações (possibilidades de órgãos e instituições e respectivas capacidades de atendimento). E é uma ação que envolverá recursos orçamentários para deslocamento de equipes e não orçamentários que são recursos humanos próprios do MMFDH.

Após as formalizações, temos como a ação seguinte a capacitação das equipes dos Entes e Poderes que formalizarem parceria para a aplicação da avaliação, sendo aproveitados os mesmos produtos da ação de capacitação dos órgãos federais. Sendo os recursos orçamentários necessários às capacitações dessas equipes suportados peles respectivos Poderes e Entes.

4.3. As metas de entrega dos produtos

As metas de entrega de produtos dependem de decisões superiores quanto à política e sua gestão, mas, para efeito desta análise, elaboramos uma previsão conforme a tabela a seguir:

Tabela VIII – Metas de entregas de produtos

Ação	Produto	Meta
Normatizar o Sistema Unificado	Regulamentação (Decreto) publicada	Dezembro/2021
	Instrumento de avaliação BPS definido	Dezembro/2021
	Proposta de estrutura de avaliação Definida (órgãos, serviços e avaliadores)	Dezembro/2021
	Proposta de comitê gestor elaborada	Dezembro/2021
	Papeis dos órgãos e entidades no sistema único definidos (definir a governança)	Dezembro/2021
Parceria para desenvolvimento do sistema digital com INSS e SGD	TED formalizado	Novembro/2021
Parceria com o INSS para implantação da avaliação	TED formalizado	Dezembro/2021
Parcerias com os Órgãos Gestores das políticas federais visando a adesão	Atos de formalização para cada política passível de aderir à Avaliação Biopsicossocial da Deficiência firmados.	Conforme etapas de implementação.

dos mesmos ao Sistema Unificado e Cadastro-Inclusão		
Capacitação continuada dos avaliadores, assistentes e gestores	Contrato firmado com conteudista	Fevereiro/2021
	Conteúdo elaborado	Abril/2021
	Contrato firmado com instituição para sediar o curso	Fevereiro/2021
	Mapeamento os profissionais que realizarão o curso	Janeiro/2021
Produção de documento orientador para os gestores dos órgãos aderentes ao Sistema Unificado e Cadastro-Inclusão	Documento Orientador aos Gestores elaborado	Abril/2021
Parceria com o Poder Legislativo e Judiciário e Estados, Distrito Federal e Municípios	Atos de formalização firmados	Conforme demanda.
Capacitação das equipes dos Entes e Poderes	Mesmos módulos, conteúdos, estrutura da Capacitação continuada dos avaliadores, assistentes e gestores do Poder Executivo Federal	Conforme demanda.

4.4. Relação existente entre as causas do problema, as ações propostas e os resultados esperados

As causas do problema identificado na presente análise *ex ante* foram definidas em três, a saber: ***(i)*** falta da regulamentação dos artigos 2º e 92 da LBI, ***(ii)*** indefinição do instrumento único de avaliação biopsicossocial da deficiência a ser utilizado, e ***(iii)*** indefinição dos recursos humanos, técnicos, orçamentários e financeiros para implantação do Sistema Unificado, essenciais para o desenho da política.

Nessa perspectiva a equipe da SNDPD definiu um conjunto de ações necessária para a implementação da política e os resultados esperados com a realização de cada ação.

A primeira ação necessária é normatizar o Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, a qual deverá ocorrer por Decreto Presidencial e terá como resultados a regulamentação dos arts. 2º e 92 da LBI com toda a definição da estrutura gestora da política e do sistema digital do cadastro-inclusão.

Uma segunda ação, cuja sua formalização já ocorreu, é a parceria para desenvolvimento do sistema digital com INSS e SGD. Essa formalização possibilita o desenvolvimento digital de avaliação e do Cadastro-Inclusão. Todavia, se faz necessária a definição Presidencial do instrumento único de avaliação da deficiência para que esta ação seja definitivamente efetivada. Portanto, apesar de já haver a parceria, ela requer essa definição para ter andamento em seu propósito e resultados gerados serão o Sistema Digital Sistema Unificado e do Cadastro-Inclusão desenvolvido, e, assim, teremos um sistema organizado, centralizado e unificado de avaliação e informações sobre pessoas com deficiência.

Sequencialmente, será necessário formalizar parceria com o INSS para implantação da avaliação, visto que ser o órgão federal do Poder Executivo com equipes de peritos e assistentes sociais disponíveis para o início das avaliações no novo modelo. Assim, espera-se como resultados a parceria Institucional entre SNDPD e INSS.

Realizadas as primeiras ações para início das avaliações, se faz necessário formalizar parceria com os Órgãos Gestores das políticas federais para que eles realizem adesão ao Sistema Unificado e Cadastro-Inclusão. Essa ação, além das parcerias formalizadas entre SNDPD e os Órgãos Gestores, ainda terá como resultado o conhecimento da localização de unidades e profissionais disponíveis para o Sistema Unificado.

Outra importante ação é a capacitação dos avaliadores, assistentes e gestores, para tanto se faz necessária a construção de curso com módulos específicos para cada categoria de agentes. Essa capacitação ainda deverá se dá de forma continuada visando o constante aperfeiçoamento dos agentes envolvidos. As ações de capacitação ainda devem ser presenciais e à distância. Espera-se que estação tenha como resultado a disponibilidade da informação técnica.

Observa-se ainda a necessidade de produzir documento orientador para gestores dos órgãos aderentes ao Cadastro-Inclusão, que terá como resultado a facilidade no processo de orientação dos Gestores de políticas para utilização do Cadastro-Inclusão.

A presente política em análise também deve alcançar outros Poderes da União e os demais Entes da Federação. Nesse sentido, outra ação que deve ser efetivada é formalizar parceria com o Poder Legislativo e Judiciário e Estados, Distrito Federal e Municípios para que eles adotem o Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência para as suas políticas. Como resultados dessa ação teremos as parcerias com Entes e Poderes formalizadas.

Após a formalização das parcerias, se faz necessário mapear as equipes desses Entes e Poderes que estão disponíveis para realizarem as avaliações, e o resultado dessa ação será o conhecimento das equipes existentes para ampliação da abrangência da avaliação.

Além disso, a ação seguinte é capacitar as equipes dos Entes e Poderes que formalizarem parceria para a aplicação da avaliação, o que trará como resultado os profissionais capacitados, sejam os assistentes, avaliadores e gestores.

4.5. Análise *SWOT*

A análise SWOT foi uma ferramenta de planejamento aplicada para incentivar a equipe a refletir e avaliar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças referentes à proposta em análise, conforme tabela abaixo:

Tabela VIX – Matriz SWOT

FORÇAS	FRAQUEZAS
Competência legal	Nível hierárquico da SNDPD com poder decisório limitado
Órgão responsável pela coordenação da política da pessoa com deficiência (ver Decreto 10.174, de 2019)	Ter que pagar para ter acesso a dados do próprio governo federal
Maior acúmulo de conhecimento técnico-especializado sobre o tema	Equipe pequena
Pessoal especializado no tema da política	Dependência de outros órgãos para a implementação das etapas da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
Áreas de conhecimento especializado em políticas para pessoas com deficiência	Possibilidade de alterações na gestão
Conhecimento especializado	Ausência de equipamentos no território para operacionalização
Rede de relacionamento com especialistas	Orçamento limitado
Apoio da Ministra	Disputa interna no MMFDH por visibilidade, recursos e priorização (8 secretarias)
OPORTUNIDADES	**AMEAÇAS**
Demanda da sociedade, órgão de controle e de Organismos Internacionais	Falta de conhecimento de outros órgãos que atuam com a política da pessoa com deficiência, sobre a competência da SNDPD
Demanda constitucional e infraconstitucional	Prazo limite para relatório GTI em 30 de setembro 2021
Apoio da primeira-dama à política da pessoa com deficiência	Não possui governabilidade sobre as políticas federais para as pessoas com deficiência.
Demanda da sociedade	Baixa governabilidade em relação aos atores envolvidos no governo federal
Agentes políticos (Ministros, Deputados e Senadores) sensíveis ao tema.	Pouca comunicação com a sociedade civil a respeito do processo de implementação da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
Determinações de órgãos de controle para que o MMFDH implante a Avaliação Biopsicossocial da Deficiência	CONADE inativo
Anseio da população pela implementação da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência	Interesses de categorias profissionais distintas em ser titular da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
Agentes de outros órgãos federais sensíveis ao tema.	Judicialização do tema quanto a definição do instrumento de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
Instrumento da ABPS aprovado pelo CONADE.	
Cumprimento de compromissos internacionais	
Apoio da Comissão da Pessoa com Deficiência na Câmara dos Deputados ao tema.	
Apoio da SGD ao tema	
Tema suprapartidário	
Evocar as competências da Secretaria e acórdãos com determinações para a implantação da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência	
Apoio das Organizações de e para pessoas com deficiência.	

Identificadas as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças referentes à proposta, a equipe definiu as seguintes estratégias:

I. Estratégias para potencializar as forças e aproveitar oportunidades.

1) Plano de comunicação sobre a Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;
2) Realização de eventos políticos com a Ministra e Primeira-Dama sobre a da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;
3) Realização de eventos técnicos e científicos sobre a da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;
4) Utilizar plataformas de participação social sobre a implantação do Sistema Unificado;

II. Estratégias para que as oportunidades minimizem as fraquezas.

1) Criação de equipamentos próprios para implantação do Sistema Unificado;
2) Ampliação do orçamento (composição com outros órgãos, emendas);
3) Institucionalização de parcerias com outros órgãos;
4) Apoio da Primeira-Dama e outros agentes políticos no caso de alterações na gestão;

III. Estratégias para prevenir ameaças com uso das forças.

1) Reativação do Conade;
2) Apresentação ao Judiciário (CNJ) sobre o Sistema Unificado;
3) Apoio da Ministra em relação à governabilidade;
4) Prever um *vacatio legis* para vigorar a política;

IV. Estratégias para minimizar os danos potenciais das ameaças em relação às fraquezas.

1) Reativação do Conade e fortalecer parceria com sociedade civil;
2) Institucionalização de parcerias com outros órgãos;
3) Realizar a implantação por etapas;

5. Desenho, estratégia de implementação e focalização

5.1. Atores públicos e privados envolvidos e como atuarão na proposta

Durante os trabalhos foram identificados atores públicos e privados que possuem envolvimento direto ou indireto com a política proposta. Desse levantamento identificados pessoas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que podem influenciar nas decisões sobre o tema. Ainda, buscou-se identificar o posicionamento destes quanto a proposta da SNDPD, se possuem participação no processo de definição orçamentária e quais outros recursos eles controlam.

Tabela X – Rol de Atores

Atores	Posição quanto à política			Participação no processo Orçamentária		Recursos que controlam
Nome	**Contra**	**Neutro**	**Favorável**	**Sim**	**Não**	
Secretaria de Gestão de Pessoas		x			x	Controle do subsistema de saúde do servidor Médicos
Receita Federal		x		x		Orçamento
Tesouro Nacional	x			x		Orçamento
Câmara dos Deputados - Comissão dos Direitos da Pessoa com Deficiência			x	x		Influência política e opinião pública
Parlamentares do Congresso Nacional ligados ao tema			x	x		Influência política e opinião pública
UNB			x		x	Opinião Pública
CONADE			x	x		Opinião Pública
SAG- Casa Civil		x		x		Influência Política
Secretaria de Governo Digital		x			x	Influência Política
Ministério da Cidadania - Departamento de Benefícios Assistenciais	x			x		Influência Política
INSS	x			x		Estrutura para avaliação
Conselho Federal de Serviço Social			x		x	Opinião Pública e Assistentes Sociais
TCU		x		x		Influência Política
Associação Nacional dos Médicos Peritos	x				x	Peritos médicos
Auditores Fiscais do Trabalho – MTP			x		x	Influência política e opinião pública
Secretaria de Previdência - MTP	x			x		Gestão da carreira de peritos médicos
Subsecretaria de Perícia Médica Federal – MTP	x				x	Peritos Médicos
Especialistas no tema (acadêmicos, técnicos, etc.)			x		x	Opinião Pública
Comitê Brasileiro de Organização das Pessoas com Deficiência - CRPD			x		x	Influência política e opinião pública
Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos direitos dos idosos e pessoas com deficiência - AMPID			x		x	Opinião pública
Primeira-Dama			x		x	Influência política e opinião pública
Rede In – Rede Brasileia de Inclusão da Pessoa com Deficiência			x		x	Opinião Pública
Conselho Federal de Medicina		x			x	Peritos médicos

5.2. Articulações com outras políticas em curso no Brasil

A presente proposta terá articulação com todas as políticas federais destinadas às pessoas com deficiência, uma vez que visa unificar a certificação da deficiência para acesso a todas essas políticas públicas.

Atualmente, já passa de trinta políticas federais destinadas a esse público. Diante disso, haverá a articulação do MMFDH com todos os órgãos Federais gestores dessas políticas.

As políticas federais e seus Órgãos Gestores estão listadas na TAVELA XX deste relatório.

Para além das políticas federais, o MMFDH ainda efetivará articulação com políticas dos demais Poderes da União e com Estados, Distrito Federal e Municípios para a efetivação da adesão ao Sistema Unificado e ao Cadastro-Inclusão, visando que a certificação seja única e com validade em todas as políticas existentes e para as que vierem a ser criadas em qualquer esfera.

5.3. Possíveis impactos ambientais decorrentes da execução da proposta

Tratando-se de impactos ambientais, considerando que a proposta visa a adoção de um Sistema Unificado e Digital para todas as avaliações, bem como reduzir o número de avaliações que uma mesma pessoa precisa se submeter. Entendemos que os impactos são positivos para o meio ambiente, visto que haverá a redução de avaliações e que quase não será mais necessário o uso de impressões de vários laudos - fato que ocorre hoje – porque a certificação será assinada digitalmente e validade jurídica em todos o território nacional.

Além disso, todos os Poderes, Entes Federados e seus Órgãos Gestores terão acesso ao Sistema do Cadastro-Inclusão e não necessitarão de cópias impressas da certificação da deficiência dos beneficiários de suas políticas.

Portanto, temos claro o impacto positivo ambiental da presente proposta.

5.4. Estimativa do período de vigência da proposta

As ações de implementação da proposta devem iniciar ainda neste ano de 2021, mas se trata de uma política permanente que não possui estimativa de período de vigências.

Conforme a proposta apresentada, é possível apenas prever um período de até cinco anos para que todas as políticas públicas federais para pessoas com deficiência adotem o Sistema Unificado e o Cadastro-Inclusão.

5.5. O público-alvo, as características e estimativas da população elegível

A proposta é destinada a todos os cidadãos com alguma deficiência. Esse público, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2019), é estimado em 17,3 milhões de pessoas com dois anos ou mais de idade (8,4% dessa população) tinham alguma das deficiências investigadas, e cerca de 8,5 milhões (24,8%) de idosos estavam nessa condição. O percentual de homens foi de 6,9% (6,7 milhões) e de mulheres, 9,9% (10,5 milhões).

Na população do país com 2 anos ou mais de idade, 3,4% (ou 6,978 milhões) tinham deficiência visual; 1,1% (ou 2,3 milhões) tinham deficiência auditiva; 1,2% (ou 2,5 milhões) tinham deficiência mental. Cerca de 3,8% (7,8 milhões) das pessoas de 2 anos ou mais tinham deficiência física nos membros inferiores e 2,7% (5,5 milhões), nos membros superiores.

Apenas 28,3% das pessoas com deficiência em idade de trabalhar (14 anos ou mais de idade) estavam na força de trabalho, ante 66,3% daquelas sem deficiência.

Cerca de 67,6% da população com deficiência não tinham instrução ou tinham o ensino fundamental incompleto, percentual que era de 30,9% para as pessoas sem nenhuma das deficiências investigadas.

Do total de pessoas com deficiência, 14,4 milhões encontravam-se em domicílios urbanos e 2,9 milhões em domicílios rurais, e o maior percentual de pessoas com deficiência era do Nordeste (9,9%), região onde todos os estados tiveram percentuais acima da média nacional. Os percentuais nas demais regiões foram: Sudeste (8,1%), Sul (8,0%), Norte (7,7%) e Centro-Oeste (7,1%).

A PNS estimou que 1,7% da população (3,5 milhões de pessoas) com 2 anos ou mais de idade utilizavam cadeira de rodas, bengala, muletas, andador ou alguma prótese/órtese, enquanto 0,5% da população (1,1 milhão de pessoas) utilizavam prótese/órtese para auxiliar no movimento dos membros superiores.

A partir dos dados da PNS de 2019, foi possível investigar como esses aparelhos de auxílio foram obtidos. Cerca de 5,7% (4,6 milhões de aparelhos) foram obtidos por meio do SUS, mas o percentual difere conforme o tipo de aparelho.

Os dados da PNS 2019 apontam que o grupo de pessoas com deficiência é uma população com baixa escolarização e pouca inserção no mercado de trabalho comparada à população sem deficiência; é predominantemente composta por mulheres, e está mais concentrada nos centros urbanos. Cerca de um quarto dessa população é de idosos. A região nordeste apresenta o maior número de pessoas com deficiência em relação às demais regiões. Há também dados que apontam a necessidade de tecnologia assistiva para um contingente substancial da população, e que o SUS exerce um papel importante na dispensação desses equipamentos.

5.6. Critérios de priorização da população elegível

Conforme a imprevisibilidade orçamentária por impossibilidade de se realizar uma análise antecipada da alteração dos perfis dos beneficiários das diversas políticas federais, visando possibilitar a implementação do Sistema Unificado a SNDPD propõe a implementação por etapas de políticas.

Isso possibilita que cada Órgão Gestor possa realizar o estudo de impacto orçamentário e financeiro com base em dados e evidencias reais.

Desta forma, os critérios de priorização definidos são:

a) Primeiro - Políticas de fácil operacionalização e impacto imediato
b) Segundo - Políticas específicas com operacionalização mais complexa
c) Terceiro – Políticas mais complexas e com maior impacto fiscal
d) Quarto - Políticas a serem regulamentadas ou reformuladas

A ideia é que se inicie por políticas de menor impacto fiscal e menor volume de usuários, para maior controle da demanda e para permitir que os aprimoramentos no instrumento durante o primeiro ano de implantação sejam realizados antes de se ter um grande contingente de pessoas avaliadas.

É importante lembrar que não se tem equipamentos e nem avaliadores em quantidade suficientes para avaliar o total de 17,3 milhões de pessoas. Não se trata somente de questão orçamentária, mas também será preciso, como já frisado, mapear unidades e equipes de outros Poderes e Entes Federados para que seja ampliada a capacidade de realização de avaliações.

A seleção dos beneficiários se dará através da avaliação biopsicossocial para caracterização da deficiência, feita por uma equipe multidisciplinar formada por membros com treinamentos e capacitações específicas para tal finalidade.

O processo de avaliação é composto pelas seguintes etapas: 1) Avaliação preliminar realizada pelo Profissional Assistente (não obrigatório); 2) Caracterização do componente de informações adicionais sobre a condição avaliada; 3) Caracterização de Fatores Ambientais; 4) Caracterização de Funções e Estruturas do Corpo; Avaliação de Atividades e Participação (Matriz do IFBr-M).

O processo de decisão é composto pelas seguintes etapas: 1) Aplicação do Fuzzy; 2) É feita a soma de todas as atividades discriminantes por faixa etária e tipo de deficiência; 3) É aplicado o componente de ponderação relacionado ao tipo de deficiência e associado ao desempenho nas atividades avaliadas; 4) Resultado final da avaliação: sem deficiência, deficiência leve, deficiência moderada, deficiência grave; 5) Agendamento automático da revisão a partir das informações dos profissionais.

6. Impacto orçamentário e financeiro

6.1. Custos da proposta para os entes públicos e os particulares afetados

O relatório do GTE sobre o Impacto Orçamentário, instituído no âmbito do GTI do Decreto nº 10.415/2020, apresentou estimativas do número atual de avaliações no âmbito de cada política, bem como projeções que consideram a implantação do modelo único. Estimou-se um total de 1,4 milhão de avaliações por ano ao custo de R$ 140,6 milhões para um conjunto de 18 políticas (não há dados para 6 políticas e outras 7 não demandam avaliações da condição de deficiência).

As projeções de gasto com as avaliações situam-se dentro de uma margem ampla, que varia de R$ 84,4 milhões a R$ 462,7 milhões, pois considera-se cenários diferentes para o salário dos profissionais e a frequência de reavaliações. As hipóteses adotadas com relação à frequência de reavaliações, bem como a possível dispensa de avaliações no caso de idosos, afetam bastante os resultados.

Embora o custo com a aplicação das avaliações seja pequeno quando comparado com os valores dos benefícios e serviços das políticas, não se deve desconsiderar que a mudança na forma de avaliação deve vir acompanhada de um planejamento do financiamento considerando a questão federativa. Atualmente, grande parte das avaliações é realizada pelo SUS e o custo dos profissionais é suportado pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, além do Governo Federal.

Ademais, a parcela das avaliações que é realizada na rede privada pode também ser canalizada para o sistema público.

É inviável previamente analisar como o público de cada política individualmente poderia ser modificado a partir da alteração na avaliação da deficiência e se isso vai ou não implicar em aumento de despesas ou renúncia de receitas e de benefícios de natureza financeira e creditícia. Daí a necessidade de realizar a implementação em etapas nas quais cada órgão Gestor de Política poderá realizar estudos com base em evidências e estimar o impacto fiscal da política.

A análise da relevância das políticas do ponto de vista orçamentário indica que o Benefício de Prestação Continuada destinado às Pessoas com Deficiência é a mais importante nessa ótica: a maior parte das mais de 30 políticas federais analisadas apresenta despesa com benefícios ou serviços próxima de zero, enquanto o BPC é a maior política de assistência social do País: o volume destinado apenas à pessoa com deficiência é maior do que todo o gasto com o Programa Bolsa Família. Portanto, o grupo concluiu ser essencial analisar o impacto da introdução do instrumento único na política do BPC por meio de estudos específicos.

Quanto a estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes; se as medidas foram consideradas nas metas de resultados fiscais previstas na lei de diretrizes orçamentárias; se as medidas de compensação; a demonstração da origem dos recursos para seu custeio quando se tratar de despesa obrigatória de caráter continuado; e a adequação orçamentária e financeira com a Lei Orçamentária Anual, compatibilidade com o Plano Plurianual e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias. A proposta alcança diversas políticas, motivo pelo qual a Secretaria não dispõe das informações, pois depende de outros órgãos e também de decisões superiores sobre a implementação.

6.2. Potenciais riscos fiscais da proposta

Os principais riscos fiscais advêm de uma mudança expressiva do perfil do beneficiário das políticas públicas federais para pessoas com deficiência, em especial para políticas em que há recursos provenientes do Orçamento Geral da União. Se há ampliação do número de beneficiários, há impacto fiscal relevante, sendo necessário indicar fontes de receita para cobrir a ampliação de custos.

Nesse sentido, a priorização ou não da implantação da avaliação biopsicossocial na agenda política tem um peso considerável, tendo em vista a eventual necessidade de alocar recursos para efetivar essa implementação, em um contexto de competição por recursos escassos. Logo, o risco fiscal é potencializado ou minimizado de acordo com a agenda política.

7. Estratégia de construção de confiança e suporte

O apoio social à proposta se vem tanto das pessoas com deficiência, que são beneficiárias das diversas políticas, quanto das suas organizações representativas e de agentes políticos ligados ao tema.

É importante ressaltar que o instrumento do IFBr-M já foi aprovado pelo CONADE, que é órgão colegiado que possui em sua composição organizações nacionais de e para pessoas com deficiência.

São razões/evidências de que há envolvimento dos interessados:

- Existência de uma demanda da sociedade para que haja a regulamentação e implantação da avaliação biopsicossocial (sociedade civil organizada, parlamentares e órgãos de controle);
- O atraso na regulamentação gera desconfiança sobre a ação governamental;
- Poderes Executivos Estaduais e Municipais poderiam criar seus próprios instrumentos de avaliação, mas estão aguardando o modelo nacional;
- Proliferação de Projetos de Lei de reconhecimento de doenças como deficiência;
- Proliferação de cadastros para pessoas com deficiência nos Estados brasileiros;
- Maioria dos membros da última gestão do Conade apoiam a política.

Quanto ao interesse (apoio à política) versos a influência (poder) dos atores públicos e privados envolvidos, a equipe buscou demonstrar a posição de cada uma, conforme o quadro abaixo. Na vertical, de baixo para cima, temos o grau de influência/poder, sendo que, quanto mais acima, maior o poder de influência. Na horizontal, da esquerda para a direita, o grau de apoio à proposta da SNDPD, sendo que, quanto mais a direita, maior o apoio.

Quadro I – Influência x apoio

Secretaria de Previdência – MTP Ministério da Cidadania - Departamento de Benefícios Assistenciais INSS	SAG- Casa Civil TCU	Parlamentares do Congresso Nacional ligados ao tema Câmara dos Deputados - Comissão dos Direitos da Pessoa com Deficiência subcomissão permanente da PCD do Senado Primeira-Dama CONADE
Subsecretaria de Perícia Médica Federal – MTP Tesouro Nacional	Secretaria de Governo Digital Receita Federal	Especialistas no tema (acadêmicos, técnicos, etc.) Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos direitos dos idosos e pessoas com deficiência - AMPID
Comitê Brasileiro de Organização das Pessoas com Deficiência - CRPD Associação Nacional dos Médicos Peritos	Conselho Federal de Medicina Secretaria de Gestão de Pessoas	Auditores Fiscais do Trabalho – MTP Rede In – Rede Brasileia de Inclusão da Pessoa com Deficiência Conselho Federal de Serviço Social UNB

Legenda: o quadro acima é formado por três linhas e três colunas, contendo nove quadrantes, sendo um quadrante em azul, dois em verde, três em amarelo e três em laranja. Essas cores representam o grau de influência e apoio, na cor azul é insuficiente, na cor verde é razoável, na cor amarela é bom e na cor laranja é ótimo.

A política proposta é um compromisso do atual Governo, estando elencada nas metas dos 100 dias, é uma ação estratégica do MMFDH, sendo priorizada no seu planejamento;

Ainda, podemos citar:

- Cobranças reiteradas de parlamentares para a implantação da avaliação;
- Ministérios Públicos dos Estados cobram a implementação da avaliação;
- Secretaria de Gestão de Pessoas/ME cobrando a implementação da avaliação única para o serviço federal;
- Conselhos estaduais de pessoas com deficiência cobram a implantação da avaliação unificada;

Entretanto, no Poder Executivo há a preocupação de alguns atores (ME, MC e INSS) com o aumento do gasto fiscal;

Diante disso, a impossibilidade de se prever os impactos fiscais de todas as políticas federais, conforme explanado no item 6, pode reduzir o apoio dos Ministérios cujas suas políticas já possuem o maior volume financeiros em benefícios concedidos, e da área fiscal do governo.

Isso pode levar setores do Governo a optar por outro instrumento único e modelo de implementação diferente dos aqui propostos.

Visando fortalecer a confiança e o apoio dos diversos atores identificados, propõe-se a realização de eventos científicos, audiências públicas e outras atividades para apresentar à sociedade o instrumento e a proposta de Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

8. Monitoramento, avaliação e controle

O Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência poderá ser inicialmente implementado a partir da adesão dos órgãos envolvidos com a implantação em experiência piloto. Os resultados do projeto poderão balizar a aplicação do Sistema em relação as mais de 30 políticas públicas que poderão ser atingidas pela avaliação biopsicossocial da deficiência.

Há preocupações relacionadas à coexistência de modelos distintos de avaliação da deficiência no caso de implantação paulatina, gerando demandas judiciais. De fato, em um país de extensão territorial continental como o Brasil, e com população de pessoas com deficiência estimada em milhões, uma implantação i em tempo único demandará um esforço hercúleo e extremamente bem orquestrado para se efetivar. No entanto, a implantação por pilotos permite ajustes prévios a uma implantação em larga escala, prevenindo erros que podem inclusive onerar ou mesmo inviabilizar o projeto.

Portanto, o ideal é a realização de projetos pilotos, com o devido esclarecimento às pessoas com deficiência, Poder Judiciário e demais envolvidos, para que a transição de modelos possa ocorrer de maneira efetiva e eficiente, sem que ocorra prejuízos às pessoas com deficiência.

8.1. Monitoramento e indicadores ao longo da execução da política

A Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - SNDPD fará o monitoramento do Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência através do Cadastro Inclusão.

Os indicadores a serem monitorados serão: Avaliação Biopsicossocial (ABPS), legislações e avaliadores capacitados, demonstrados na seguinte:

Tabela X – Indicadores e monitoramento

Eixo	Indicador	Monitoramento	Sistema/Base de dados
Avaliação Biopsicossocial (ABPS)	Número de ABPS realizadas (características sociodemográficas – faixa etária; gênero; renda; regiões)	Trimestral ou mensal (contínuo/permanente)	Cadastro Inclusão
	Tempo de espera para realização da ABPS	Trimestral	Cadastro Inclusão
	Número de pessoas com deficiência avaliadas no modelo biopsicossocial	Trimestral ou mensal	Cadastro Inclusão
Legislação	Regulamentação/publicação (Decreto)	Único	SNDPD
	Número de adesão legislações à ABPS	Semestral?	SNDPD
Capacitação	Número de avaliadores capacitados (região e profissões)	Semestral?	SNDPD

8.2. Avaliação dos resultados da política

A avaliação do Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência será realizada em colaboração com os órgãos envolvidos na avaliação da pessoa com deficiência, e um relatório de avaliação será elaborado após 24 meses de implementação da política.

8.3. Transparência e a publicação das informações e dos dados da política

A publicidade e transparência terá como ferramentas todos os canais do MMFDH e dos demais órgãos envolvidos na gestão da política, por meios da disponibilização das informações aos cidadãos de forma a atender as determinações da legislação vigente.

8.4. Mecanismos de controle a serem adotados

O Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência contará com estratégias de controle para registrar as avaliações de pessoas com deficiência através do cadastro inclusão. O canal da ouvidoria poderá ser utilizado para denúncias e reclamações acerca do sistema. Além disso, o sistema terá supervisão do órgão responsável pela implementação.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

MEMÓRIA DE REUNIÃO

1ª REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos dez (10) dias do mês de agosto de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada Sessão Solene de instalação do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

Reuniram-se de forma virtual pela plataforma Zoom, a Senhora Ministra de Estado Damares Alves, a Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Priscilla Gaspar; os membros do Grupo de Trabalho Interinstitucional, a Chefe de Gabinete da Secretaria Executiva do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, Suzana Rabelo, os Assessores da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Sérgio Nogueira e Dânnia Vasconcellos; a Chefe de Gabinete da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Ana Paula Nedavaska; a Coordenadora de Gestão da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Cibele Sofia; o Procurador do Tribunal de Contas da União, Dr. Sérgio Caribé; o Secretário Nacional de Justiça, Cláudio Panoeiro; Deputado Federal, Eduardo Barbosa; o Deputado Federal, Filipe Rigoni; a Deputada Federal, Tereza Nelma; os assessores dos senadores Romário, Mara Gabrilli e Flávio Arns, os assessores dos deputados Marcelo Aro e Diego Garcia e representantes da sociedade civil especialistas na pauta, para solenidade de instalação do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. A abertura da solenidade se deu com o discurso da Ministra de Estado, Damares Alves, seguida da Secretária Priscilla Gaspar, do Procurador do Tribunal de Contas da União, Dr. Sérgio Caribé, dos parlamentares presentes e do Secretário Nacional de Justiça, Cláudio Panoeiro. Foi ressaltada a importância do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência e a necessidade da implantação da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. Encerrada a solenidade, deu-se início à primeira reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

Às 11:00 horas do dia 10 de agosto de 2020, foi realizada a 1ª Reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente duas horas. Na reunião, estiveram presentes os membros do Grupo de Trabalho:

Titular	Priscilla Gaspar	Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
Suplente	Liliane Bernardes	Diretora do Departamento de Gestão e Relações Interinstitucionais da SNDPD

Titular	Bruno Bianco Leal	Secretário Especial de Previdência e Trabalho
Titular	Narlon Gutierre Nogueira	Secretário de Previdência
Suplente	Bruno Silva Dalcolmo	Secretário de Trabalho
Suplente	Leonardo José Rolim Guimarães	Presidente do Instituto Nacional do Seguro Social
Titular	Ana Cláudia Mendes de Figueiredo	Conade - Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down
Titular	Moisés Bauer Luiz	Conade - Confederação Brasileira de Desporto de Deficientes Visuais
Suplente	Hugo Frota Magalhães Porto Neto	Conade - Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoa com Deficiência
Suplente	Gonzalo de Alencar Lopes	Conade - Ordem dos Advogados do Brasil
Titular	Angelo Roberto Gonçalves	Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
Suplente	Maria Dilma Alves Teodoro	Diretora de Ações Programáticas Estratégicas, Substituta
Titular	MARCOS WEISS BLIACHERIS	Advogado da União
Suplente	JAMES CASTELO BRANCO COSTA FILHO	Advogado da União
Titular	DANTE CASSIANO VIANA	Secretário Especial Adjunto do Desenvolvimento Social
Suplente	ANDRÉ RODRIGUES VERAS	Diretor do Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social

Na abertura da reunião, a Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga, Coordenadora do GTI, registrou que estava participando da reunião apenas como convidada pois encontra-se de férias. Assim, a reunião foi presidida pela sua suplente, senhora Liliane Bernardes, que apresentou a seguinte proposta de pauta:

1) Plano de Trabalho do GTI;

2) Estrutura do GTI e indicação de representantes para os Grupos Técnicos;

3) Critérios de participação dos convidados.

Realizadas algumas considerações pelos participantes, que solicitaram maior prazo para a análise do Plano de Trabalho, definiu-se que o mesmo seria encaminhado por e-mail para posterior debate e aprovação em reunião extraordinária a ser realizada dia 13 de agosto de 2020.

Quanto à estrutura do GTI, restou decidido que serão instituídos 03 grupos técnicos, são eles:

Grupo 01 – Instrumento e Sistema Único de Avaliação;

Grupo 02 – Impacto Orçamentário; e

Grupo 03 – Criação e Alteração de Normas

Os Grupos Técnicos serão coordenados respectivamente pelo MMFDH, ME e AGU. Cada um dos grupos pode conter até 20 participantes e caberá a cada órgão representado no GTI indicar número de participantes do Grupo Técnico em quantidade equivalente ao número de membros titulares ou suplentes e, caberá ainda à Advocacia Geral da União, indicar mais 02 participantes para o Grupo Técnico que tratará da criação e alteração de normativos. A indicação dos Técnicos deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva do GTI por e-mail até o dia 12 de agosto de 2020. Os Grupos Técnicos não atuarão concomitantemente, o Grupo Técnico que vai elaborar proposta de criação e alteração de normas somente será instituído após o encerramento dos trabalhos do grupo que irá elaborar a proposta de Instrumento e Sistema Único de Avaliação.

Quanto ao último ponto a ser tratado foi definida a participação de 05 convidados por reunião, mas os critérios para definição dos convidados será também debatido na reunião extraordinária que se realizará dia treze (13) de agosto de 2020, com início às 10 horas e término previsto para as 12:00 horas, também de forma virtual e pela plataforma Zoom.

Assim, não havendo nada a mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 13 dias do mês de agosto de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 1ª Reunião Extraordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os membros do Grupo de Trabalho:

Titular	Tatiana Alvarenga	Secretária-Executiva do MMFDH
Titular	Priscilla Gaspar	Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
Suplente	Liliane Bernardes	Diretora do Departamento de Gestão e Relações Interinstitucionais da SNDPD
Titular	Bruno Bianco Leal	Secretário Especial de Previdência e Trabalho
Titular	Narlon Gutierre Nogueira	Secretário de Previdência
Titular	Ana Cláudia Mendes de Figueiredo	Conade - Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down
Titular	Moisés Bauer Luiz	Conade - Confederação Brasileira de Desporto de Deficientes Visuais
Suplente	Hugo Frota Magalhães Porto Neto	Conade - Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoa com Deficiência
Suplente	Gonzalo de Alencar Lopes	Conade - Ordem dos Advogados do Brasil
Suplente	Maria Dilma Alves Teodoro	Diretora de Ações Programáticas Estratégicas, Substituta
Titular	Marcos Weiss Bliacheris	Advogado da União
Suplente	André Rodrigues Veras	Diretor do Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social

A Secretária-Executiva do MMFDH, Tatiana Alvarenga, Coordenadora do GTI, abriu a reunião registrando as presenças e passou a palavra para sua suplente Liliane Bernardes, que apresentou a seguinte proposta de pauta:

1) Análise e aprovação do plano de trabalho/cronograma

2) Ratificação da indicação dos membros dos grupos técnicos

3) Definição dos critérios para os convidados

4) Encaminhamentos

Aprovada a pauta, o plano de trabalho/cronograma foi apresentado e aprovado por unanimidade, mas com ressalvas dos Ministérios da Economia, Cidadania e AGU, que entendem que os prazos estipulados não serão suficientes para a execução das atividades e que haverá necessidade de prorrogação futura com o decorrer dos trabalhos dos grupos técnicos.

Quanto à indicação dos participantes dos Grupos Técnicos, a suplente Liliane Bernardes, apresentou planilha elaborada conforme indicação dos membros do GTI, e o senhor Marco Weiss, da AGU, se comprometeu a formalizar as indicações até o final daquela tarde.

O senhor Narlon Gutierre Nogueira propôs que as duas vagas remanescentes no Grupo Técnico de Impacto Financeiro e Orçamentário sejam ocupadas por servidores da SOF e do Tesouro. Proposta essa que foi levada a deliberação do GTI e aprovada por unanimidade.

O Ministério da Saúde disponibilizou 01 vaga no Grupo de Trabalho Técnico que tratará da criação e alteração de normativos e, acatando a sugestão da coordenadora do GTI, por votação unânime, a vaga será ocupada por um representante da SAJ.

Também por unanimidade foi decidido que as vagas 02 remanescentes no Grupo de Trabalho Técnico do Instrumento e Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial ficam reservadas para indicação dos próprios integrantes do Grupo Técnico, para suprir qualquer carência técnica específica que possa surgir durante as discussões.

Encerrada as discussões a respeito do tema, finalizou-se o segundo item de pauta passando para o debate quanto aos critérios para participação de convidados nas reuniões do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

Após diversas sugestões ficou definido que participarão das reuniões Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência 06 (seis) convidados, 03 (três) de indicação dos membros do Grupo de Trabalho Interinstitucional e 03 (três) representantes do poder legislativo, que serão indicados pela Frente Parlamentar de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Encerradas as deliberações, finalizou-se o terceiro e último item de pauta passando-se para o encaminhamentos:

- Envio da memória das reuniões para aprovação por e-mail;
- Envio da lista de componentes dos Grupos Técnicos e Plano de Trabalho Aprovado;
- Publicação da Portaria dos Grupos Técnicos e
- Envio de ofício à Frente Parlamentar dos direitos das pessoas com deficiência convidando 03 (três) membros do poder legislativo para cada reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA - GTI

Ata da 2ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência - GTI
Data: 28/10/2020
Local: Reunião Virtual – Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH).

Aos vinte e oito dias do mês de outubro de dois mil e vinte realizou-se a 2ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avalição Biopsicossocial da Deficiência - GTI, sob a Coordenação da Sra. Tatiana Alvarenga, Secretária Executiva do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos. Estiveram presentes os seguintes participantes: Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira, Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa; Narlon Gutierre Nogueira, Secretário de Previdência da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia; Leonardo Rolim, Presidente do Instituto Nacional de Seguro Social do Ministério da Economia; Ana Claudia Figueiredo, Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE; Moises Bauer Luis, Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE; Hugo Frota Magalhães Porto Neto, Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE; André Rodrigues Veras, Diretor do Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social; Liliane Cristina Goncalves Bernardes, Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos; Dante Cassiano Viana, Secretário Especial Adjunto de Desenvolvimento Social; Bruno Bianco Leal, Secretário Especial Adjunto de Previdência e Trabalho; Rodrigo Zerbone, Subsecretário de Capital Humano do Ministério da Economia; Mariana de Souza Machado Neris, Secretária Nacional de Assistência Social; Renato Benine, Assessor Parlamentar Jurídico da Senadora Mara Gabrilli. **ABERTURA:** A Sra. Tatiana Alvarenga iniciou a reunião cumprimentando a todos e realizou a verificação do quórum. Havendo quórum, informou que a pauta está composta pelos seguintes itens: 10h às 10h15 – Abertura, aprovação da pauta e informes; 10h15 às 11h30 – Apresentação sobre o instrumento de avaliação da deficiência (IFBrM); 11h30 às 12h – Apresentação de novo cronograma de trabalho do GTI e deliberação sobre a prorrogação de seu funcionamento; 12h às 12h30 – Deliberação sobre

convite e participação de especialistas externos, de notório saber, para auxiliar as discussões do GTI; 12h30 às 13h – Encaminhamentos finais e encerramento. Não havendo nenhum comentário, a pauta foi aprovada por unanimidade. Iniciando a apresentação sobre o instrumento de avaliação da deficiência, a Sra. Izabel Maior agradeceu o convite e expôs o seu histórico profissional. Apresentou o que é deficiência, distinguindo os seguintes modelos: "*1. Modelo Médico: A deficiência é um impedimento físico, sensorial, intelectual ou mental do indivíduo e suas consequências pessoais e sociais (Nagi); 2. Modelo Social: A deficiência é uma construção social criada pelo ambiente que gera exclusão (Upias); 3. Modelo Interacional (biopsicossocial): A deficiência parte de uma condição de saúde que gera deficiência dentro de fatores contextuais. É uma integração dos modelos médico e social (CIF-OMS)"*. Explicou quem são as pessoas com deficiência através do preambulo 'E' da Convenção da ONU sobre Direitos da Pessoa com Deficiência, do Decreto Legislativo nº 186/2088 e do Decreto nº 6.949/2009, destacando que para a legislação as pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Ponderou que é necessário entender qual é o tipo de política que cada pessoa precisa para que possam afirmar quem são as pessoas com deficiência em cada país. Abordou os aspectos trazidos pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - LBI sobre a avaliação da deficiência e expôs o histórico da avaliação biopsicossocial da deficiência no Brasil. Apresentou sobre as avaliações da deficiência por característica de benefício, serviço ou política e elencou os principais problemas atuais da avaliação da deficiência e os projetos de lei existentes para reconhecimento da deficiência. Em seguida, postulou sobre a construção do instrumento de avaliação da deficiência (IFBrM), destacando e explicando a utilizando de modelo misto, principais abordagens da avaliação da deficiência, *Disability Approach* ou abordagem da deficiência, componentes, matriz de atividades, participação e barreiras, escala de pontuação e modelo linguístico Fuzzy. Salientou que os médicos e sua equipe devem está capacitados para trabalhar com o IFBrM, uma vez que existem protocolos a serem seguidos para eleger ou não as pessoas para políticas existentes no país e explicou que os impedimentos e as barreiras não recebem pontuação, porém, são consideradas na planilha de avaliação da pessoa com deficiência. Finalizada a apresentação, a Sra. Tatiana Alvarenga agradeceu pela explanação e abriu para manifestação dos presentes. Não havendo nenhuma manifestação, passou-se à apresentação do novo cronograma de

trabalho do GTI e deliberação sobre a prorrogação de seu funcionamento. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes discorreu que, diante a percepção de que os trabalhos dos GTs de Instrumento, Orçamento e Normas ainda precisam ser aprimorados e finalizados, estão propondo a prorrogação desse GTI por mais 90 dias com uma proposta de novo cronograma. A Sra. Tatiana Alvarenga complementou que já foi sinalizada a necessidade de prorrogação desde a primeira reunião, explicando que essa prorrogação pode ser realizada apenas por mais 90 dias de acordo com o decreto e que o prazo estabelecido para conclusão dos GTEs foram pactuados com os seus membros. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes apresentou detalhadamente a proposta de novo cronograma que inicia em 28 de outubro de 2020 e finaliza em 29 de janeiro 2021, indicando as datas, temas e responsáveis. O Sr. Narlon Gutierre Nogueira afirmou que favorável à prorrogação, todavia, observou que essa proposta de novo cronograma é inviável para que os GTEs desenvolvam os seus trabalhos, entendendo que é necessário mais tempo. A Sra. Tatiana Alvarenga explicou que o cronograma dos GTEs será definido entre os seus membros e o Sr. Dante Cassiano Viana concordou com a explanação do Sr. Narlon Gutierre Nogueira e alegou que a data do dia 4 de novembro de 2020 seria muito curta para definir especialistas externos. Ponderou que não percebeu a existência de uma data para fazer a modelagem com os dados reais. A Sra. Tatiana Alvarenga explanou que cabe ao grupo de especialistas esgotarem as discussões técnicas e apresentar os cenários e que a ideia é apresentar estudos comparativos posteriormente. O Sr. Narlon Gutierre Nogueira afirmou a importância de ouvir os especialistas, mas salientou que o GTI tomará uma decisão que afetará muitas políticas públicas de grande relevância para o governo federal e para as pessoas com deficiência. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes informou que a ideia do cronograma é concluir os itens que foram propostos no início dos trabalhos do GTI e posteriormente buscar uma solução para aquilo que não for possível deliberar por falta de insumos técnicos. A Sra. Tatiana Alvarenga sugeriu definir o cronograma até o dia 3 de dezembro de 2020 com as apresentações dos cenários e posteriormente definir as datas das demais atividades. O Sr. Bruno Bianco Leal entendeu que será mais fácil conseguir aprovar as propostas dentro da economia quanto mais concretos e sólidos forem as conclusões do GTE. Após várias discussões, os membros aprovaram a prorrogação do GTI por mais 90 dias e a proposta de cronograma com algumas alterações nos temas até dia 3 de dezembro de 2020, sendo que as agendas de dezembro/2020 a janeiro/2021 ainda serão confirmadas. Seguindo para a deliberação sobre convite e participação de especialistas externos, de notório saber, para auxiliar as discussões do GTI, a Sra. Liliane Cristina

Goncalves Bernardes explicou que essa necessidade surgiu através de uma discussão do GTE de Instrumento diante uma série de dúvidas sobre questões específicas da validação, sensibilidade, especificidade e padrão ouro utilizado no instrumento. Explicou que a proposta é levantar as indicações para solicitar essa participação na qualidade de convidado especialista de acordo com o decreto. Solicitado mais esclarecimentos sobre a fase prática de aplicação do instrumento pelo Sr. Hugo Frota Magalhães Porto Neto, a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes informou que já solicitaram a base de dados da população validada à UnB e que Subgrupo está desenhando uma aplicação em sequência do Benefício de Prestação Continuada – BPC e do Instrumento IFBrM para realizar uma comparação. Com relação ao questionamento sobre a contratação de consultoria para auxiliar na análise da base de dados do IFBrM, ponderou que não há tempo hábil para contratação dessa consultoria dentro do prazo do GTI. A Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira agradeceu pela apresentação da Sra. Izabel Maior e relatou que o governo federal tem a preocupação com a questão do orçamento, mas com garantia dos direitos das pessoas com deficiência, afirmando que estão seguindo o que é determinado pela Convenção. O Sr. Renato Benine colocou-se a disposição para tratar dos projetos de lei e informou que o Gabinete da Senadora Mara Gabrilli já se posicionou contrário ao Projeto de Lei Ceratocone. Com relação às indicações dos especialistas, foi deliberado que a Secretaria-Executiva enviará um *e-mail* os membros solicitando indicações. **ENCERRAMENTO:** A Sra. Tatiana Alvarenga agradeceu a presença de todos e encerrou a 2ª Reunião Ordinária do GTI, reiterando a prioridade e a transparência dos trabalhos.

Tatiana Alvarenga

Coordenadora do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência - GTI

Outubro de 2020

MINISTÉRIO DA MULHER, FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS.
GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA – GTI

ATA DA 2º REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA VIRTUAL DE 13 DE NOVEMBRO DE 2020

Aos 13 dias do mês de novembro de dois mil e vinte, reuniu-se, por meio da Plataforma *Zoom* por videoconferência, o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência- GTI, para a sua Segunda Reunião Extraordinária, com a participação dos seguintes membros representantes do Governo, convidados e equipe de apoio: **Tatiana Alvarenga –** (Secretária Executiva do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos); **Liliane Cristina Goncalves Bernardes** (Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos); **Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira** (Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos); **José Naum de Mesquita Chagas** (Coordenador Geral de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos); **Narlon Gutierre Nogueira** (Secretário de Previdência da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia); **Leonardo Rolim** (Presidente do Instituto Nacional de Seguro Social do Ministério da Economia); **Ângelo Gonçalves** (Assessor da Secretaria de Previdência, Ministério da Saúde); **André Rodrigues Veras** (Diretor do Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, Ministério da Cidadania); **Ana Claudia**

Figueiredo (Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE); **Hugo Frota Magalhães Porto Neto** (Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE); **Moises Bauer Luis** (Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE). **CONVIDADOS**: **Bernardo Patta Schettini** (Ministério da Economia). **EQUIPE DE APOIO**: **Ana Paula Nedavaska** (Chefe de Gabinete da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência); **Miguel Kauan** (Assessor da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia) e **Suzana Dias Rabelo de Oliveira** (Chefe de Gabinete da Secretaria Executiva do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos). Dando início aos trabalhos, **a Sra. Tatiana Alvarenga** (Secretária Executiva do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos), cumprimentou a todos e deu inicio a reunião, apresentando as propostas de pauta, quais sejam: **1.** Revisão do Cronograma; **2.** Funcionamento dos Grupos Técnicos Especializados: **a**. Formalização dos Grupos Técnicos Especializados, **b.** Criação do GTE de Estudos sobre o Instrumento de Avaliação e o Impacto Orçamentário – indicação dos componentes por e-mail pelos representantes do GTI e publicação de portaria; **3.** Estudo amostral para comparação entre instrumento do BPC e IFBr-M e demais estudos em andamento e **4.** Indicação de especialistas (definição de prazo e formas de apoio técnico); **a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes** contextualizou que havia solicitação sobre a revisão de cronograma na reunião passada, razão pela qual trouxe uma proposta de um novo cronograma menor, considerando o prazo de funcionamento do GTI, bem como informou as portarias dos GTE's de designação, considerando a necessidade de prorrogação, tendo o jurídico informado que não há possibilidade de prorrogação dos subgrupos, quais sejam o de Impacto Orçamentário e o de Instrumento; que a ideia é criar um novo GTE para que possa mesclar componentes os dois grupos acima mencionados, para que haja a continuidade dos trabalhos, então trouxe a possibilidade de formalizar os grupos de estudo GTE; que a ideia é a criação de um novo grupo de GTE, sendo que este trate de atos normativos, enquanto outro de continuidade dos trabalhos do subgrupo de Instrumento e Impacto Orçamentário; que no tocante a composição dos GTE'S, seria mais adequado continuar trabalhando com os representantes do grupo misto; **Sr. não identificado de voz masculina** sugeriu que na composição do novo grupo, seria importante manter os mesmos participantes, cerca de 20 pessoas, mantendo as mesmas definições prévias, sendo que cada GTI realizasse sua indicação; **a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes** sugeriu que a indicação fosse realizada por e-mail; **Sr. Moises Bauer Luis** (Representante do Conselho Nacional dos

Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE) manifestou seu descontentamento e incompreensão com o tempo da resolução das indicações, bem como a burocracia da criação dos grupos, tendo em vista que demanda demasiado tempo, já que o recesso está próximo; **a Sra. Tatiana Alvarenga** sugeriu manter as representações para não ter que retornar ao processo burocrático de indicação, não sendo necessário formalizar os grupos de atos normativos; **a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes** ressaltou a necessidade da formalização dos grupos, obedecendo o decreto, sendo que acredita que a formalização exigirá tanto tempo; o **Sr. não denominado de voz masculina** perguntou se a formalização implica a realização dos trabalhos? **a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes** respondeu que os grupos podem continuar funcionando, informando que na próxima semana se dará inicio ao GTE de normas; **o Sr. Narlon** sugeriu que fosse deliberado que um dos grupos parasse de operar formalmente temporariamente, enquanto trabalhasse somente o GTE de atos normativos e que os representantes continuassem a trabalhar no grupo misto, o qual seria constituído informalmente e após retomaria as atividades dos primeiros grupos no final; **o Sr. Hugo Frota Magalhães Porto Neto** (Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE), informou que compõe o GTE de atos normativos, denotando que o referido grupo precisa da conclusão dos grupos anteriores; **a Sra. Tatiana Alvarenga** se manifestou pela prorrogação das atividades dos GTE'S, as quais foram devidamente prorrogadas pelos GTI'S. Posto isso, para concluir o entendimento, os representantes deliberaram nesse sentido: **a.** a formalização do GTE de atos normativos depende do andamento dos trabalhos dos GTE´S instituídos, sem prejuízo de estudos preliminares; **b.** continuidade dos GTE'S do Instrumento e do Impacto Orçamentário por prorrogação do GTO. Por conseguinte, **o Sr. Narlon** discorreu sobre: A aplicação do IFBR-M em requerentes do BPC à pessoa com deficiência, planejamento e pesquisa; explicou que o impacto da adoção do IFBR-M nas políticas públicas para pessoas com deficiência não foi dimensionado, apesar no instrumento ter passado pela validação da UNB; para a compreensão dos efeitos do IFBR-M, é necessária sua aplicação aos requerentes reais de benefícios, para comparar o resultado da avaliação a partir do instrumento atualmente utilizado com o do instrumento proposto; ademais, ressaltou que a BPC possui um grande número de beneficiários e por isso um impacto orçamentário significativo, cerca R$ 35 bilhões, sendo maior que o do Programa Bolsa Família; explanou os objetivos, os planejamentos de pesquisa e a situação de cada planejamento; dentre os itens em apresentação, destacou quanto definição da forma em que os requerimentos do BPC que aguardam uma análise do INSS e conciliar as análises desses

requerimentos para fins de concessão efetiva do benefício, com a aplicação do IFBR-M que terá apenas a finalidade de estudo, assim como possibilitará o atendimento mais agilizado; **a Sra. Tatiana Alvarenga** abriu espaço para os Representantes manifestarem suas dúvidas, perguntas e etc; **o Sr. Moises Bauer Luis** apresentou duas perguntas: quantas pessoas possíveis serão avaliadas na realização da pesquisa, dentro do prazo relativamente curto, nas três semanas de dezembro, ainda que em mutirões, em 20(vinte) unidade do INSS pelo BRASIL?; **o Sr. Narlon** respondeu que o número consiste em torno de 5(cinco) mil à 6(seis) pessoas, todavia, considerando na possibilidade das perdas, informou que seriam em torno de 10(dez) mil requerimentos; **o Sr. Moises Bauer Luis** apresentou a segunda pergunta: quais são os tipos de deficiência que serão avaliadas e qual grau de gravidade de cada ?; **o Sr. Narlon** não soube responder a pergunta; **o Sr. Leonardo Rolim** passou a responder que, em função do prazo curto, não será possível fazer uma amostra representativa, contudo, quanto a gradação, a Universidade de Marília pretende demonstrar; **o Sr. Narlon** informou que foi realizado um procedimento informal, considerando a limitação de tempo estabelecido pelo GTI, que realizaram contato com várias faculdades para a realização das pesquisas e a Universidade de Marília prontamente se manifestou; que a pesquisa será aplicada após a assinatura do acordo; que os resultados obtidos nas pesquisas ficarão disponíveis para todas universidades, seja pública ou privada; no que concerne a qualificação dos profissionais, informou que serão os peritos médicos federais, ou seja, os profissionais que atuam no serviço e seguro social do INSS, uma vez que já possuem um acumulo de conhecimento na aplicação dos instrumentos; relata está sendo realizado um processo de capacitação para os demais profissionais; que quanto ao quantitativo dos profissionais que irão realizar as pesquisas, relata que ainda não possuem o número exato, uma vez que passam incialmente pela seleção de gerenciamento executivo; **Ana Claudia Figueiredo** (Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE) pediu para que fosse registrado em Ata o posicionamento do CONADE; que compreendeu que a pesquisa é para verificar o resultado da aplicação do IFBR-M nas políticas públicas e que se porventura a pesquisa concluir que o BPC é capaz de garantir o benefício a um número menor de pessoas, resta evidente que o IFBR-M não é conveniente para a função pública; que quanto ao resultado obtido, que não será cientifico, e sim desenvolvido por servidores públicos, os quais possuem um compromisso com a pasta do Ministério da Economia, logo CONADE entende que a pesquisa não se alinha com o interesse da sociedade civil, desta feita o CONADE defende o IFBR-M, em que os aprimoramentos sejam feitos no surso da aplicação e com o acompanhamento da UNB, já que foi a

mesma que a partir de acordo com a secretaria promoveu a validação cientifica do instrumento; que reitera que o CONADE se posiciona que o IFBR-M é o instrumento adequado para aferir a avaliação das pessoas com Deficiência e que, inclusive, a questão do impedimento, que buscam muitas vezes sobrepor à questão do modelo social, o CONADE entende que o impedimento já está avaliado nas atividades de participação; que defende os aprimoramentos, desde que não alterem a matriz cientifica, caso contrário, requer que seja registrado em Ata o posicionamento contrário a pesquisa; **a Sra. Tatiana Alvarenga** expõe a insatisfação do posicionamento do CONADE quanto a o Ministério da Economia, reiterando que não existe alinhamento, acordo com o mencionado Ministério; **Ana Claudia Figueiredo** reitera que em momento algum falou em conluiou ou organização e que tem o conhecimento que o Ministério da Economia busca cortar gastos e que não pode realizar acusações levianas, e sabe que existem olhares diferentes quanto as tratativas**; a Sra. Tatiana Alvarenga** expressa que o interesse do grupo é chegar a uma consolidação, ressaltando em relação a gastos, o governo vigente, de forma muito coerente, utiliza os recurso fazer o que é de direito, bem como zela pelos gastos; ademais, reitera e solicita que seja registrado que a referente pesquisa não possui intenções tendenciosas a avaliação para corte somente de gastos, demonstrando que o foco é fechar o instrumento e ter o cadastro das pessoas com deficiência; **o Sr. Narlon** discorda do posicionamento da Sra. Ana Claudia Figueiredo, afirmando que não existe um dicotomia entre governo, estado e sociedade civil, uma vez que considera que essas instituições agem em ação conjunta, por meio da discussão, dos debates, dialética, para o bem comum da população. Esclarece que há preocupações como governo, contudo, afirma que não há nenhum viés na realização da pesquisa com o objeto de inviabilizar a execução do instrumento único; que os servidores públicos de carreira realizam suas atividades com ética, sendo que possuem formação acadêmica e cientifica, portanto, desejam chegar a resultados que sejam seguros para a aplicação do instrumento público e que efetivamente beneficiem a pessoa com deficiência; reitera que todos os resultados obtidos terão publicidade e serão posteriormente debatidos, avaliados e eventualmente questionados por outras instituições; **o Sr. Hugo Frota Magalhães Porto Neto** solicitou que fosse registrado método, a conclusão, a qualificação dos profissionais que realizarão a pesquisa e etc; **o Sr. Moises Bauer Luis** sugeriu que após a formalização do termo de cooperação e do projeto de pesquisa o documento fosse compartilhado com esse GTI; **o Sr. Narlon** informou que assume compromisso em compartilhar todo o material como o GTI, sendo a versão atual do projeto, dados e etc, sem prejuízo, caso se entenda necessário, um novo encontro especifico para que os técnicos

possam trazer uma visão mais detalhada aos GTI;S; **o Sr. Leonardo Rolim** manifestou surpresa quanto o posicionamento de Sra. Ana Claudia, relatando em síntese que as ações do Ministério da Economia provam na verdade provam ao contrário; **a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes** apresentou o cronograma dos meses de novembro a janeiro, oportunidade em que foi aprovada por todos os Representantes; por fim, trouxe o última proposta da pauta, referente a indicação de especialistas, no prazo de 15(quinze) dias ou outra forma de apoio técnico que possa ser sugerida; informou que seria um especialista para cada representação; **a Sra. Tatiana Alvarenga** reitera e agradece o pedido de disponibilidade dos Representantes, encerrando ATA DA 2º REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA VIRTUAL DE 13 DE NOVEMBRO DE 2020.

Ata da 3ª Reunião Ordinária do GTI sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
Data e Horário: 17 de dezembro de 2020, das 15h30 às 17h30**.**
Local: Reunião Virtual – Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH.

Aos dezessete dias do mês de dezembro de 2020 foi realizada a 3ª Reunião Ordinária do GTI sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. Estiveram presentes os seguintes participantes: Marcos Bliacheris – Representante da Advocacia Geral da União; Ana Cláudia, Moisés Bauer Luiz e Hugo Porto - Representantes do CONADE; Secretário Bruno Bianco, Secretário Narlon Gutierre Nogueira e Assessor Bernardo Schettini – Representante do Ministério da Economia; Ângelo Roberto Gonçalves – Representante do Ministério da Saúde; André Veras – Representante do Ministério da Cidadania; Renato Benini representando a Senadora Mara Gabrilli; Secretária-Executiva Priscila Gaspar, Secretaria-Executiva Tatiana Alvarenga e Secretária-Executiva Liliane Cristina Gonçalves – Representantes do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. A senhora Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, pediu a verificação do quórum e iniciou a reunião solicitando a aprovação da proposta de pauta que foi encaminhada por e-mail. Em seguida, passou a palavra à senhora Liliane Cristina Gonçalves, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que citou o nome de todos os presentes nesta reunião. Com a palavra, o senhor Ângelo Roberto Gonçalves – Representante do Ministério da Saúde, informou que a Doutora Maria Dilma Alves, que estava como Coordenadora de Saúde Mental pediu exoneração. Com isso, assim que um novo coordenador for eleito serão encaminhados os documentos para que uma nova portaria seja feita incluindo o novo representante. Em seguida, a senhora Secretária-Executiva Liliane Cristina Gonçalves, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos, leu a proposta de pauta: 1. Abertura e aprovação da proposta de pauta; 2. Apresentação sobre os andamentos dos estudos comparativos dos instrumentos de avaliação; 3. Informes – recesso do GTI de 18 de dezembro de 2020 a 03 de janeiro de 2021; 4. Definição da data da próxima reunião; 5. Encerramento. Uma vez aprovada a proposta de pauta, a senhora Ana Cláudia, Representante do

CONADE, leu o comunicado recebido pelo CONADE, nesta manhã, de assistentes sociais do INSS à Conselheira Daiane Mantoanelli. Solicitou que este GTI registre claramente seu posicionamento, para que seja levado ao CONADE, a respeito da pesquisa proposta pelo IFBrM em relação à realização dos estudos comparativos dos instrumentos de avaliação. Destacou que não há necessidade de estudos comparativos entre BPC e IFBrM, afinal os impactos financeiros do BPC já são conhecidos, e que para a concretização efetiva dos direitos da Pessoa com Deficiência os impactos orçamentários desencadeados pelo IFBrM não serão um favor determinante para a sua não aprovação. Sinalizou que as pesquisas estão sendo feitas num espaço de tempo muito curto, por uma universidade particular, com assistentes sociais que receberão capacitações de horas e que perante sua forma de condução não vislumbra como os resultados destas pesquisas poderão subsidiar os membros desse GTI, relativamente ao Secretário Narlon Gutierre Nogueira. Entende que as informações sobre o comportamento do IFBrM poderão ser obtidas no curso da sua aplicação, assim como ocorreu com o BPC. Além disso, o senhor Hugo Porto, Representante do CONADE, registrou concordância com a mesma linha de pensamento colocada pela senhora Ana Cláudia, Representante do CONADE. Solicitou também um posicionamento sobre o requerimento, feito na última reunião, a respeito da natureza jurídica da vinculação com a instituição de ensino contratada para fazer essa pesquisa, além de um projeto de pesquisa que apresente suas hipóteses, objetivos e profissionais que atuarão bem como a forma de qualificação deles segundo os fins desta pesquisa. O senhor Hugo Porto, Representante do CONADE, destacou que o IFBrM foi instrumento tido como adequado pelo CONADE e que a UnB, junto aos pesquisadores, passou anos amadurecendo e validando todo esse processo na linha da ciência. Ressaltou que como membro suplente do CONADE sugere que possíveis ajustes não representem uma nova validação ou testagem, mas sim alterações de viés científico. Ressaltou dúvida sobre a efetividade do trabalho da pesquisa feita em tão pouco tempo, além de sinalizar questões díspares na formação e qualificação de cada um de seus atores. Em seguida, o senhor Marcos Bliacheris, representante da Advocacia Geral da União, destacou a busca fiel da AGU pela segurança jurídica para a Administração Pública, concordou com as dúvidas sobre a forma de execução da pesquisa, questionou se contribuições decisivas serão apresentadas com o objetivo de cumprir a lei, uma vez que esta vem sendo postergada por considerações secundárias. Além disso, destacou que a principal política pública de saúde, de assistência, ignora o índice, trata simplesmente da autodeclaração. Por fim, declarou que a lei precisa ser cumprida. Com a palavra, o senhor Moisés Bauer Luiz, Representante

do CONADE, na sua condição de Representante Titular e Pessoa com Deficiência, ressaltou que debates feitos em grupo técnico específico apontaram inconsistências na Pesquisa Amostral sobre o número de pessoas com deficiência (além da especificação do grau: leve, moderada ou grave), e que essas testagens precisam ser efetivas para que a lei seja cumprida integralmente. Em seguida, A senhora Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, reiterou a razão e o porquê da presença do senhor Narlon Gutierre Nogueira, Representante do Ministério da Economia neste grupo interinstitucional, uma vez que há interesse, compromisso e obrigação do governo com as pessoas com deficiência, principalmente as mais vulneráveis, partindo do olhar da integralidade, universalização e focalização de recursos. Além disso, reiterou o que já está registrado nas memórias das outras reuniões: o interesse maior é com a defesa dos direitos das pessoas com deficiência, além fiscalizar tendo a Convenção como norte. Sinalizou que este estudo não é uma pesquisa e que servirá apenas para complementar o trabalho, não servirá como base. Ressaltou que na ausência de apontamentos técnicos de ajustes que precisam ser feitos, a criação desta instância pelo decreto não será necessária. Em seguida, destacou sua disposição para alinhamento dos estudos comparativos dos instrumentos de avaliação. Com a palavra, o senhor Secretário Bruno Bianco, Representante do Ministério da Economia, fez coro à fala da senhora Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga, e deixou claro o compromisso uníssono do governo em entregar às pessoas com deficiência um instrumento da melhor forma possível. Ressalvou que níveis de equívoco devem ser considerados inadmissíveis, além da não tolerância de futuras inseguranças jurídicas e injustiças da aplicabilidade do estudo. Também frisou que o papel da Advocacia Geral da União é gerar segurança jurídica, discordando respeitosamente da fala do senhor Marcos Bliacheris – Representante da Advocacia Geral da União quanto às postergações. Em seguida, o senhor Marcos Bliacheris – Representante da Advocacia Geral da União explicou que não fez nenhum apontamento pessoal, que não duvida da confiabilidade da pesquisa, mas que ela prioriza uma questão menor diante a necessidade de implementação do índice. Na sequência, o senhor Secretário Narlon Gutierre Nogueira, Representante do Ministério da Economia, fez a apresentação sobre a Situação dos Estudos – Progressos e Desafios, destacando que esta é uma atualização do que foi desenvolvido ao longo deste último mês sobre a pesquisa. Discorreu sobre os enfoques das atividades: Estudo exploratório e Pesquisa Amostral com requerentes do BPC, informando que a pesquisa ainda não foi concluída, mas que os trabalhos estão sendo realizados de maneira atenta ao cumprimento dos prazos. Citou dificuldades de execução, os esclarecimentos

faltantes da UnB necessários para o andamento do estudo e os profissionais envolvidos. Ressaltou que nem o Estudo Exploratório nem a Pesquisa Amostral tem por objetivo fazer uma nova validação e sim verificar o efeito da aplicação efetiva do IFBrM na política BPC. Pontuou as etapas deste trabalho e suas fases de desenvolvimento. Em seguida, apresentou a Pesquisa Amostral, pontuando sua liderança, profissionais envolvidos no trabalho de campo e no planejamento. Ressaltou que o Acordo de Cooperação Técnica, o Plano de Trabalho e todo o material que deu origem à formalização desse documento serão compartilhados com a Secretaria-Executiva deste GTI (além de demais documentos). Afirmou que a responsável pelo serviço do INSS é a senhora Patrícia Sousa Oliveira Ramos, Analista do Seguro Social, Assistente Social e Pessoa com Deficiência. Além disso, citou aspectos operacionais importantes e a superação de desafios. Também mostrou e discorreu sobre a tabela de situação das etapas do planejamento, para que todas as unidades que foram escolhidas já estejam realizando a Pesquisa Amostral (há vinte gerências executivas no país) em janeiro de 2021. Com a palavra, a senhora Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, reiterou a fala do sobre a legitimidade de continuidade deste instrumento. Em seguida, a senhora Liliane Cristina Gonçalves, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, informou que a carta acordo com a UnB por meio de um Projeto de Cooperação Internacional encerrou-se no final do de 2019, portanto não há vínculo formal com a UnB em relação à contratação de estudos e pesquisas. Complementou informando que foi feito um pedido de ajuda à UnB sobre a criação dos formulários para a aplicação do IFBrM, sobre a definição de quais atividades estariam de fato na matriz, além da questão da incoerência no Produto nº 11 do documento. Acrescentou que a desmobilização da equipe de pesquisa do ano passado justifica a demora das respostas da UnB, mas que o contato direto com a Professora Lívia está sendo feito. Além disso, ressaltou que contribuições foram feitas no projeto de pesquisa, além de reuniões com a Secretaria de Previdência para apurar o olhar do Ministério. Informou que reuniões semanais de ponto de controle estão ocorrendo e que o projeto de pesquisa possui cunho comparativo (não tem a capacidade de demandar uma nova validação). Deixou claro, por fim, que o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos está participando de forma a contribuir e acompanhar com afinco todo o processo. Colocou-se à disposição para retirar dúvidas. Em seguida, a senhora Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, encaminhou à senhora Liliane Cristina Gonçalves, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, a

elaboração de uma linha do tempo da evolução das ações entre o Poder Público e a sociedade desde o início da convenção, e quais são as contribuições da mobilização do governo atual. Além disso, solicitou a reunião dos processos, produtos, pretensões, e a evolução do trabalho deste GTI e do Estado Brasileiro, mesmo em meio à crise da Covid-19. Demandou que na próxima reunião seja apresentado, em termos de projeto, qual é o horizonte e o plano de ação definitivo. Reiterou o compromisso da Ministra deste governo, reforçou que a precisão dos números das pesquisas é urgentes e lembrou que um olhar de gerenciamento de projetos precisa ser priorizado. Em seguida, destacou a importância da integralidade e reconhecimento dos progressos. Com a palavra, o senhor Moisés Bauer Luiz, Representante do CONADE, reiterou a importância da consideração do número de pessoas com deficiência incluindo critérios e especificações do grau: leve, moderada ou grave, na Pesquisa Amostral. Na sequência, o Assessor Bernardo Schettini – Ministério da Economia alertou que o instrumento do BPC não faz a diferenciação por grau, que tem uma tabela combinatória conforme os domínios analisados, além de registrar que uma metodologia de comparação dos resultados será criada entre o BPC e o IFBrM. Não havendo mais considerações, a senhora Liliane Cristina Gonçalves, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, passou ao próximo ponto de pauta apresentando o cronograma de reuniões dos GTE's e do GTI em janeiro de 2021. Como ponto de pauta da próxima reunião do GTI foi sugerida a apresentação dos resultados do GTE de Normas, a data prevista é dia 18 de janeiro de 2021 e a verificação das agendas com os gabinetes será feita a definir o horário. Além disso, o senhor André Veras, Representante do Ministério da Cidadania reafirmou o compromisso do Ministério da Cidadania na pauta da Pessoa com Deficiência e agradeceu a todos. Com a palavra, o senhor Marcos Bliacheris, Representante da Advocacia Geral da União, pediu desculpas caso suas palavras tenham causado algum sentido de desmerecimento ao trabalho de qualquer pessoa que seja, seu objetivo não foi esse, agradeceu a todos. O senhor Moisés Bauer Luiz, Representante do CONADE, informou que a próxima reunião do CONADE ainda não tem data, por questões de problemas de acessibilidade comunicacional. Na sequência, a senhora Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos reiterou que está a disposição junto à área de TI para participar da reunião do CONADE, dentro dos limites de inscrição, caso seja conveniente. Além disso, a senhora Ana Cláudia, Representante do CONADE, ratificou a fala sobre a confidencialidade e sugeriu que os limites de informação dos Conselhos fossem debatidos. Também pediu desculpas caso tenha ofendido alguém com suas falas, e agradeceu a todos. Com a

palavra, a senhora Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos ressalvou, em nome da Ministra, o agradecimento à todos. Por fim, sugeriu que outras ações não emergenciais também sejam realizadas e que o objetivo para o ano de 2021 é uma agenda de forma ordinária, destacando que cada cidadão é responsável também por gerar autonomia junto à sua família e comunidade. Reiterou a disponibilidade deste GTI, o agradecimento a todos, e a encomenda de uma autoanálise rumo à valorização e memória do trabalho deste grupo. Por fim, encerrou a reunião.

Tatiana Alvarenga

Secretária-Executiva

Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

Ata da 4ª Reunião Ordinária do GTI sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
Data e Horário: 18 de janeiro de 2021, 10h às 12h30.
Local: Reunião Virtual – Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH.

Aos dezoito dias do mês de janeiro de dois mil e vinte e um foi realizada a 4ª Reunião Ordinária do GTI sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. Estiveram presentes os seguintes participantes: Ana Cláudia Mendes de Figueiredo – Representante do CONADE, Membro da Federação Brasileira das Associações e da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; Ana Paula Nedavaska – Chefe de Gabinete da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; André Rodrigues Veras - Secretário Especial Adjunto do Desenvolvimento Social; Bernardo Patta Schettini - Assessor - Secretaria de Previdência; Dânnia Esteves Oliveira Vasconcellos – Assessora da Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; Dante Cassiano Viana - Secretário Especial Adjunto do Desenvolvimento Social; de Síndrome de Down; Hugo Frota Magalhães Porto Neto - Representante do CONADE e membro da Associação Nacional dos Membros do Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoa com Deficiência; José Naum de Mesquita Chagas – Coordenador Geral de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; Leonardo José Rolim Guimarães - Presidente do Instituto Nacional do Seguro Social; Liliane Cristina Gonçalves Bernardes – Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; Marcos Weiss Bliacheris - Advogado da União-Coordenador do Grupo de Trabalho de Regulamentação da Lei Brasileira de Inclusão; Miguel Cabrera Kauam - Assessor - Secretaria Especial de Previdência e Trabalho; Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoa com Deficiência; Moisés Bauer Luiz - Representante do CONADE e membro da Confederação Brasileira de Desporto de Deficientes Visuais; Narlon Gutierre Nogueira - Secretário de Previdência; Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira – Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; Sérgio Nogueira Filho – Assessor da Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Suzana Dias Rabelo de

Oliveira – Chefe de Gabinete da Secretaria Executiva do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **ABERTURA:** O Sr. Sérgio Nogueira Filho deu início à reunião agradecendo a presença de todos e informando a pauta: a) Balanço dos estudos e b) Cronograma 2021. Além disso, registrou que a Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga ausentou-se por motivos de saúde de sua família. Em seguida, lembrou que a equipe da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência trabalha há dois anos a partir da validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado e acompanha a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência a respeito da Avaliação Biopsicossocial, a fim de que a avaliação das pessoas com deficiência seja feita em outros países por este instrumento único. Citou a parceria entre a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência neste processo junto ao trabalho realizado pela UnB. O Sr. Sérgio Nogueira Filho ressaltou que a UnB contou com mais de seis mil participantes e mais de cinquenta municípios na pesquisa, além de concluir a apresentação da Sra. Clara, a respeito do IFPRM, com um instrumento validado de acordo com a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Com a palavra, o Sr. André Rodrigues Veras fez uma explanação sobre as atividades em cursos deste GTI. Destacou que a apresentação foi feita a partir do Estudo Exploratório, a partir das bases de dados do BPC e da Aposentadoria Especial da Pessoa com Deficiência, além de Pesquisa Amostral com requerentes do BPC. Ressaltou que no mês de dezembro do ano de dois mil e vinte houve uma apresentação dos avanços das etapas e que hoje há progressos. Comentou sobre a situação das etapas de trabalho do Estudo Exploratório e da Pesquisa Amostral, demonstrando avanços e pontos ainda não concluídos. Além disso, acrescentou que o Estudo Exploratório esteve condicionado à entrega de respostas à UnB sobre os questionamentos feitos pela equipe em relação à validação, e que tais respostas foram entregues no dia vinte e dois de dezembro do ano de dois mil e vinte. Discorreu sobre a apresentação feita sobre a Pesquisa Amostral, em especial ao Sr. Moisés Bauer Luiz, lembrando que os números dos gráficos são estimados. Apresentou os desafios dos trabalhos, lembrando que todos os presentes são colaboradores deste processo, além de informar o Cronograma de Ações 2020-2021. Sinalizou também que a reunião do Subgrupo para validação dos elementos do Estudo Exploratório está prevista para a semana quatro de janeiro do ano de dois mil e vinte e um, e que na semana um serão apresentados estes resultados para concluir o trabalho. Destacou que a equipe pretende aumentar a quantidade de trezentos e cinquenta pesquisas planejadas apresentadas pelo gráfico anterior, a fim de otimizar o tempo de execução do trabalho como um todo. Além disso,

lembrou que o prazo do decreto número dez mil quatrocentos e quinze é o dia três de fevereiro de dois mil e vinte e um. Em seguida, o Sr. André Rodrigues Vera explicou ao Sr. Moisés Bauer Luiz que atualmente o número obtido nas pesquisas é baixo e aquém do inicialmente planejado, e que o prazo de coleta destes números está previsto para julho do ano de ano de dois mil e vinte e um a partir de uma projeção conservadora, mantendo os números e estimativas das realizações atuais. Lembrou por fim que a pesquisa é o dia da avaliação social e médica para o requerimento do BPC. Com a palavra, o Sr. Moisés Bauer Luiz entendeu como excessivo e demasiado o tempo sugerido para a realização da Pesquisa Amostral e aplicações de testes, tendo em vista que o trabalho como um todo foi interrompido justamente em prol da necessidade de resultado destas etapas. Também observou que no mês de janeiro do ano de dois mil e vinte e um a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência completa três anos fora do prazo, conforme prazo concedido de dois anos para regulamentação do artigo segundo. Na sequência, o Sr. Hugo Frota Magalhães Porto Neto citou o decreto número dez mil quatrocentos e quinze que guiou este GTI e julgou exorbitante o cronograma apresentado nesta reunião. Ponderou ainda que é excessivo prorrogar por mais de um ano um trabalho que surgiu a partir de um critério de urgência, além do CONADE que no mês de abril deste ano completa dois anos do atual mandato dos eleitos. Indagou sobre o que será feito com o resultado da Pesquisa Amostral, e em quanto tempo será concluído o processo geral do objeto deste instrumento. Registrou por fim sua discordância total com qualquer prorrogação de prazo para a elaboração do ato normativo. Com palavra, a Sra. Ana Cláudia Mendes de Figueiredo concordou imperialmente com a fala do Sr. Hugo Frota Magalhães Porto Neto no que tange a inaceitabilidade da prorrogação deste grupo de trabalho, citou o artigo oitavo do decreto número dez mil quatrocentos e quinze e reiterou a questão do escopo deste GTI. Além disso, destacou que houve esquecimento de elencar os riscos às pessoas com deficiência e, portanto, incluí-las como prioridade no plano de vacinação contra a Covid-19. Por fim, julgou inadmissível a sociedade civil autorizar mais esta postergação. Com a fala, Sr. Narlon Gutierre Nogueira pontuou que houve falhas operacionais no planejamento, desafios de sincronização de agendas e explicou que o atraso das pesquisas da UnB não foi impactante perante as necessidades internas que se sobressaíram. Citou o parágrafo único do artigo segundo do decreto número dez mil quatrocentos e quinze, além de seus artigos números seis e sete. Informou que o prazo do ACT foi estabelecido para um ano por questões de segurança, mas que o objetivo é concluir o trabalho antes. Em seguida, o Sr. Leonardo José Rolim Guimarães ressalvou a importância da priorização que está sendo dada pelo INSS à

priorização realização da pesquisa e a expectativa em relação a este instrumento. Com a palavra, a Sra. Ana Cláudia Mendes de Figueiredo citou o artigo sexto do decreto número dez mil quatrocentos e quinze. Em seguida, a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes sugeriu que, caso não haja elementos, seja construído um relatório informando que são necessários estudos mais amplos, além de indagar se a produção de um relatório (mesmo que preliminar), indicando que o tempo do GTI não foi suficiente para desenvolver estes estudos, fere legalmente as definições no decreto número dez mil quatrocentos e quinze. Acrescentou também a importância de estudo do processo de transição entre o trabalho de validação e implantação deste instrumento que será definido em âmbito nacional. Em seguida, o Sr. Marcos Weiss Bliacheris chamou atenção para questões técnicas e políticas que o relatório deverá conter, além de lembrar que o Grupo de Normas inexiste. Por fim, sugeriu o encaminhamento da criação de um grupo permanente de criação de normas e acompanhamento. Em seguida, o Sr. Hugo Frota Magalhães Porto Neto recomendou a criação de um ato normativo para formação de uma comissão para receber contribuições dadas aos cientistas que possam, no conceito de pessoa com deficiência, entender eventuais ajustes no IFPRM. Sublinhou também importância da criação de caminhos não conflitivos, além de frisar a inadequação da sugestão de prorrogação de prazo. Registrou que o artigo segundo será regulamentado não com a prorrogação de prazo, mas com o IFPRM, além da abertura de contribuições democráticas e avaliadas pelos cientistas. Além disso, o Sr. Sérgio Nogueira Filho leu as considerações feitas pela Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira no *chat* da reunião. Ela deixou claro que o Governo Federal tem tentado oferecer o melhor para a população das pessoas com deficiência e que a prorrogação dos estudos busca a obtenção de qualidade dos mesmos. Concordou com a proposta da Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes sobre a criação de um relatório e sugeriu priorizar o processo de implementação do instrumento, não de seus ajustes. Em seguida, o Sr. Narlon Gutierre Nogueira recomendou a criação de um novo decreto para prorrogação do prazo da efetiva regulamentação do artigo segundo da LPI, a partir implantação do instrumento Avaliação Biopsicossocial da Pessoa com Deficiência. Acrescentou que a UnB afirmou a inexistência contratação estabelecida entre o Governo Federal e a Universidade. Além disso, o Sr. Moisés Bauer Luiz destacou que como pessoa com deficiência não tem segurança para garantir que o IFPRM atende ao interesse e à defesa dos direitos das pessoas com deficiência, além de observar que este grupo não conseguiu em tempo hábil superar divergências e que tais devem ser apresentadas ao CONADE para conhecimento, avaliação e posicionamento. Na sequência a Sra. Liliane Cristina

Gonçalves Bernardes esclareceu que há respaldo do decreto para liberar as informações perante autorização prévia da coordenadora. Em seguida, o Sr. Hugo Frota Magalhães Porto Neto registrou que não há o que se falar sobre sigilo numa relação mandante/mandatário e que isso demanda consulta ao jurídico. Com a fala, Sra. Ana Cláudia Mendes de Figueiredo entendeu que o intuito do anúncio da pesquisa ser de cunho orçamentário e não de interesse das pessoas com deficiência é ratificado quando há dúvida sobre se pessoas com deficiência leve, que hoje não recebem o BPC, terão acesso a ele por outros instrumentos. Com a palavra, o Sr. André Rodrigues Veras registrou o intuito positivo e o compromisso do Ministério da Cidadania e Secretaria Especial de Previdência para com as pessoas com deficiência. Como encaminhamento a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes registrou solicitar à Secretária-Executiva Tatiana Alvarenga autorização para compartilhamento das informações, inclusive dos GTE's. Além disso, pediu ao Sr. Moisés Bauer Luiz que encaminhe o *e-mail* de solicitação também à Secretaria-Executiva do GTI. Em seguida, o Sr. Hugo Frota Magalhães Porto Neto solicitou que a resposta da Sra. Tatiana Alvarenga seja informada a todos e a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes garantiu isso. Por fim, a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes reforçou a reunião extraordinária da próxima sexta-feira no período da tarde, comprometeu-se a enviar o convite com horário definido e pauta, e aguardará as confirmações**. ENCERRAMENTO:** A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes agradeceu a presença de todos e encerrou a reunião.

Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes

Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA - GTI

Ata da 5ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência – GTI – Realizada no dia 8 de abril de 2021.

No dia oito do mês de abril de dois mil e vinte e um, pela plataforma *Microsoft Teams*, foi realizada a 5ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência - GTI, sob a Coordenação da Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes, Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos. Estiveram presentes os seguintes participantes: Narlon Gutierre Nogueira, Secretário de Previdência da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia; Leonardo Rolim, Presidente do Instituto Nacional de Seguro Social do Ministério da Economia; André Rodrigues Veras, Diretor do Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social; Liliane Cristina Goncalves Bernardes, Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos; Ângelo, Representante do Ministério da Saúde, Maurício Maia, Representante da Advocacia-Geral da União (AGU).

1. Abertura: A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes iniciou a reunião cumprimentando a todos e informou que houve uma recomposição do GTI em virtude da sua prorrogação, explanando que os trabalhos serão reorganizados, visto que essa reunião terá essa proposta. Informou que a pauta está composta pelos seguintes itens: 1. Abertura; 2. Continuidade dos trabalhos do GTI: apresentação de novos componentes; 3. Proposta de cronograma de trabalho; 4. Apresentação de Relatório das Atividades do GTE do Orçamento; 5. Retomada das atividades dos GTEs; 6. Encaminhamentos; 7. Encerramento. Não havendo nenhuma manifestação, considerou a pauta aprovada. **2. Continuidade dos trabalhos do GTI: apresentação de novos componentes:** Informou que, por meio da portaria publicada no dia 26 de março de 2021, foram nomeados os seguintes componentes: MMFDH: Titular Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira - coordenadora e

Suplente Rodrigo Abreu de Freitas Machado, Suplente Marcius Alves Crispim. Ministério da Economia: Titular Leonardo José Rolim Guimarães e Suplente Bruno Silva Dalcomo. Ministério da Saúde: Marize Lima B. Souza Holanda Biazotto. Advocacia-Geral da União: Titular Maurício Maia. Apresentou uma breve contextualização sobre os trabalhos do GTI, destacando as suas competências, estrutura e Grupos Técnicos Especializados – GTEs. **3. Proposta de cronograma de trabalho:** Apresentou e explicou sobre o seguinte cronograma de trabalho: 1ª Fase – Organização das atividades: 20/03 – Confirmação ou novas indicações de componentes do GTI; 26/03 – Publicação de portaria com componentes do GTI; 08/04 – Reunião do GTI; 19/04 – Prospecção de meios de contração de especialistas; 20/04 – Definição da formação de contração do painel (ENAP); 20/05 – Indicação de especialistas para o painel. 2ª Fase – Execução das atividades: Início 15/03 – Reuniões de técnicos do governo; Início 22/03 – Elaboração de ajustes no IFBr-M; Início 08/04 – Reuniões do GTI; Início 08/04 – Reuniões com painel para avaliar propostas de ajuste; Início 15/04 – reuniões dos GTEs; 20/08 – Apresentação dos resultados preliminares à sociedade civil. 3ª Fase – Conclusão dos trabalhos: Início 02/08 – Reuniões de especialistas para finalizar os ajustes no IFBr-M; Início 02/08 – Reuniões com painel de especialistas para finalizar os ajustes no IFBr-M; 19/08 – Reuniões do GTEs; 23 e 30/08 – Reuniões do GTI; Início 01/09 – Elaboração do Relatório Final do GTI; 20/09 – Apresentação do Relatório Final aos Ministros; 27/09 – Apresentação do Relatório Final à sociedade civil; 30/09 – Reunião de encerramento do GTI; Início 01/10 – Encaminhamentos posteriores ao GTI. **4. Apresentação de Relatório das Atividades do GTE do Orçamento:** O Sr. Bernardo apresentou os resultados e desdobramentos do GTE do Orçamento, explanando sobre a motivação e diagnóstico preliminar, plano de trabalho, cronograma e síntese dos resultados relacionados ao custo atual das avaliações e projeções para o modelo único, à relevância dos benefícios e serviços do ponto de vista orçamentário, à estimativa de variação no público do Benefício de Prestação Continuada (BPC) referente ao estudo exploratório e à pesquisa de campo. O Sr. Narlon Gutierre Nogueira parabenizou o trabalho desenvolvido pelo GTE do Orçamento, ponderando que foi muito importante para identificar as necessidades e potencialidades de aperfeiçoamento do instrumento único, cumprindo plenamente o seu objetivo. Registrou que o seu agradecimento pelo trabalho desenvolvido pela Sra. Tatiana Alvarenga na coordenação do GTI, entendendo que a Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira dará continuidade. **5. Retomada das atividades dos GTEs:** A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes colocou para apreciação dos membros do GTI a proposta de suspender temporariamente as atividades do GTE do Orçamento,

uma vez que o decreto restringe o funcionamento simultâneo de apenas dois GTEs e há necessidade de iniciar o trabalho efetivo de mapeamento das normativas por meio do GTE de Atos Normativos, tendo em vista o novo modelo único de avaliação. Registradas as manifestações favoráveis dos representantes da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, do Ministério da Economia, Ministério da Cidadania, Ministério da Saúde, MMFDH e AGU à proposta apresentada, o Sr. Maurício Maia externou a sua preocupação com a possibilidade de extrapolar as competências do GTI com a alteração de normas atinentes às políticas públicas. A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes esclareceu que a ideia é realizar uma análise qualitativa de viabilidade das normas com relação à agradação para caracterizar a deficiência de acordo com o serviço ou a política acessada. O Sr. André Rodrigues Veras entendeu que seria interessante realizar uma pequena explanação sobre o instrumento e os trabalhos desenvolvidos, para que os novos membros possam vislumbrar os caminhos possíveis e as suas atribuições. A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes discorreu que essa questão pode ser contemplada quando houver uma reunião específica e informou que a Secretaria Executiva oferece todo o suporte necessário em relação à parte operacional e administrativa das reuniões. Explicou que, em princípio, será mantida a mesma estrutura dos GTEs, sendo que apenas precisam buscar informações sobre a participação do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE) que deliberou pela não participação nas reuniões. O Sr. Maurício Maia questionou sobre a possibilidade de agendar uma reunião específica para auxiliá-lo na coordenação do GTE e a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes comprometeu-se em agendar essa reunião na próxima semana. **6. Encaminhamentos:** Definidos os seguintes encaminhamentos: 1. Realização de reunião com o coordenador do GTE de Atos Normativos para orientação; 2. Formalização do GTE de Atos Normativos; 3. Aprovado novo cronograma do GTI; 4. Realização de reunião com a ENAP, no dia 19 de abril, para definição dos encaminhamentos relacionados ao painel de especialistas. **7. Encerramento:** A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes registrou o seu agradecimento à presença de todos, finalizando a 5ª Reunião Ordinária do GTI.

GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA - GTI

Ata da 6ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência – GTI – Realizada no dia 19 de maio de 2021.

No dia dezenove do mês de maio de dois mil e vinte e um, pela plataforma *Zoom*, foi realizada a 6ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência - GTI, sob a Coordenação da Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Diretos Humanos (MMFDH). Estiveram presentes os seguintes participantes: Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Diretos Humanos (MMFDH); Rodrigo Abreu de Freitas Machado, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); Liliane Cristina Goncalves Bernardes, Representante Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); Marcius Alves Crispim, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); Narlon Gutierre Nogueira, Representante do Ministério da Economia (ME); Maurício Maia, Representante da Advocacia-Geral da União (AGU); André Rodrigues Veras, Representante do Ministério da Cidadania (MC); Ângelo Roberto Gonçalves, Representante do Ministério da Saúde.

1. Abertura: A Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira iniciou a reunião cumprimentando a todos, passando a palavra à Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes cumprimentou os presentes e apresentou a proposta de pauta da reunião composta pelos seguintes itens: 1. Abertura; 2. Informes; 3. Andamento dos trabalhos dos GTEs; 4. Modelo Único e Cadastro Inclusão; 5. Encaminhamentos; 6. Encerramento. Não havendo nenhuma manifestação, considerou a pauta aprovada. **2. Informes:** Informou que a ENAP já está em processo de contratação pelo MMDFH para realizar as atividades nos meses de agosto e setembro. Explicou que o processo inclui um primeiro painel de especialistas apara submeter o produto construído, com grupos focais simultâneos em uma oficina para que os especialistas avaliem as propostas de ajustes e façam

considerações e sugestões, sendo que o GTI reajustará a partir da análise dos especialistas e realizará testes em usuários ou voluntários. Relatou que a ENAP apoiará a sistematização dos dados dos testes e avaliação dos resultados, que serão inseridos em um segundo painel feito como os mesmos especialistas ou outros de interesse para definição de uma proposta final do GTI. Discorreu que foi debatido sobre as estratégias para comunicação e transparência dos trabalhos do GTI, sendo que foi sugerida a participação em audiência pública (como a realizada no dia 30 de abril pela Comissão da Pessoa com Deficiência da Câmara dos Deputados), realização de reuniões com representações de pessoas com deficiência (bilaterais) e de reuniões abertas ao público sobre temas específicos. Mencionou que aguardaram as sugestões indicações de representações do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), porém não receberam apesar dos reiterados convites. **3. Andamento dos Trabalhos do GTEs:** Notificou que o GTE do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação da Deficiência está trabalhando na elaboração de propostas de ajustes no instrumento e realizará a discussão sobre os critérios de acesso e desenho do Modelo Único de Avaliação para apresentação ao GTI. Com relação ao GTE de Atos Normativos, discorreu que está em andamento realização de pente fino nos normativos com indicação de necessidades de alterações e está sendo feito um apoio ao GTE do Instrumento para dúvidas jurídicas. O Sr. Maurício Maia complementou discorrendo que o GTE de Atos Normativos aproveitou o trabalho realizado pelo MMFDH de elaboração de planilha com delimitação de 31 políticas públicas para as pessoas com deficiência, o qual traz as suas características e as normas que as instituíam, visto que essas políticas públicas foram divididas em seis grupos para análise. Informou que possuem a perspectiva de entregar o primeiro levantamento dessas normas ao GTI até o final do mês de junho, destacando que o trabalho mais importante será definição das normas devem ou não ser alteradas com a respectiva justificativa. Registrou a ausência de parte dos membros nas reuniões do GTE, porém, afirmou que estão fazendo o que é possível. Informou que o próximo passo será a elaboração da norma que institui o instrumento e o modelo de avaliação e que estão tentando auxiliar o GTE do Instrumento com a suas dúvidas jurídicas para facilitação do trabalho. **4. Modelo Único e Cadastro Inclusão:** A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes apresentou um esquema do Sistema Unificado de Avaliação e Certificação da Deficiência para que possam pensar em um modelo único o qual terá que ser construído para dá suporte à avaliação psicossocial. Com relação ao Modelo Único de Avaliação e Certificação da Deficiência, relatou que há a necessidade de definição do escopo de políticas públicas federais que estarão contempladas no modelo único, do

Cadastro Inclusão como interface tecnológica do modelo único e da estrutura de monitoramento do modelo único. O Sr. Marcius Alves Crispim realizou uma apresentação sobre o Cadastro Único (Cadastro Referência de Deficiência para as Políticas Públicas), explicando sobre o contexto/problema, marco legal, escopo, não escopo, parceria com a Secretaria de Governo Digital (SGD), parceria com o INSS, entregas do Cadastro Inclusão e ponto de atenção. Não havendo nenhuma manifestação em relação ao Cadastro Único, a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes expôs algumas dúvidas sobre o Modelo Único de Avaliação e Certificação da Deficiência referente à: a) definição de acesso às políticas e concessão de benefícios; b) definição da operacionalização da avaliação; c) exemplos de critérios que podem ser incorporados; d) definição de estrutura de monitoramento do Modelo Único de Avaliação da Deficiência. Aberta a palavra, o Sr. Maurício Maia compreendeu que seria importante avaliar a necessidade de carro adaptado e habilitação para a sua condução e de próteses nos exemplos de critérios que podem ser avaliados. A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes esclareceu que já houve a identificação da necessidade de carro adaptado e habilitação para condução, todavia, não havia se lembrado da necessidade de próteses, sugerindo incluir uma pergunta chave em relação a esses critérios. O Sr. Ângelo Roberto Gonçalves lembrou que o SUS realiza a dispensação das próteses, sendo que essa questão estaria mais relacionada à questão do Benefício de Prestação Continuada (BPC). A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes explicou que será analisado o acesso ou não de prótese no momento da avaliação e lembrou que também é uma possibilidade que a pessoa com deficiência possa utilizar o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) para adquirir a prótese por conta própria. Arrazoou que a relação com a dispensação feita pelo SUS poderia ser sinalizada, entretanto, entrariam no escopo de encaminhamento ao serviço, para além da certificação da deficiência. O Sr. André Rodrigues Veras parabenizou pelas apresentações e compreendeu que é interessante que o INSS seja o órgão operacionalizador do Cadastro Inclusão. Com relação à avaliação, intuiu que deveriam criar grupos de perfis de beneficiários e que o local de avaliação não deveria ser limitado ao INSS, sugerindo incluir as instituições parceiras. Destacou que é favorável a incorporação de elementos para verificar algumas características das políticas. **5. Encaminhamentos:** A Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes informou que estão propondo os seguintes encaminhamentos: Modelo Único: 1. Construção de proposta do desenho do Modelo Único no GTE do Instrumento para apresentar ao GTI; 2. Avaliar contratação de estudos de validação em uso; 3. Definição do INSS como órgão que irá operacionalizar o Cadastro Inclusão. Cadastro Inclusão: 1. Proposta de

desenho em construção, parceria MMFDH, SGD e INSS. Consensou-se que membros realizarão consulta interna referente ao encaminhamento sobre a contração dos estudos de avaliação em uso, sendo os demais encaminhamentos aprovados. **6. Encerramento:** Concluídos os itens de pauta, a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes registrou o seu agradecimento à presença de todos, finalizando a 6ª Reunião Ordinária do GTI.

GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA - GTI

Ata da 7ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência – GTI – Realizada no dia 25 de agosto de 2021.

Aos vinte e cinco dias do mês de agosto de dois mil e vinte e um, pela plataforma *Zoom*, foi realizada a 7ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência - GTI, sob a Coordenação da Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Diretos Humanos (MMFDH). Estiveram presentes os seguintes participantes: Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Diretos Humanos (MMFDH); Rodrigo Abreu de Freitas Machado, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); Liliane Cristina Goncalves Bernardes, Representante Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); Marcius Alves Crispim, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); Narlon Gutierre Nogueira, Representante do Ministério do Trabalho e Previdência Maurício Maia, Representante da Advocacia-Geral da União (AGU); André Rodrigues Veras, Representante do Ministério da Cidadania (MC); Leonardo Rolim, Presidente do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); Rodrigo Zerbone Loureiro, Representante do Ministério da Economia; Bernardo Schettini, Representante do Ministério do Trabalho e Previdência; Claudio de Castro Panoeiro, Representante da Advocacia-Geral da União (AGU) AGU; Thaís Vizioli, Representante do Ministério do Trabalho e Previdência; Ângelo Roberto Gonçalves, Representante do Ministério da Saúde; Renato Jaqueta Benine, Assessor da Senadora Mara Gabrilli; Miguel Abud; Lailah Vilela; Lucas Badinhan; William Boschetti Adamczyk, Coordenador do Evidence Express - ENAP; Giovanni Di Pietra, Pesquisador do Evidence Express - ENAP; Hisaac Alves de Oliveira; Vinicius Brandão; Ana Paula Nedavaska; Vanessa; Dânnia Vasconcellos; Maicon Douglas; Lurdinha Costa; Naum Mesquita; Carina Melatto; Claudia Rucco, Professora da Unimar; Jefferson Dias, Unimar.

1. Abertura: A Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira iniciou a reunião cumprimentando a todos e realizou a sua autodescrição. Informou que está presente o futuro Secretário Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o Sr. Claudio de Castro Panoeiro, destacando que será a nova Diretora

de Políticas Temáticas dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Solicitou que os demais presentes também realizassem a sua autodescrição e que as apresentações com imagens sejam descritas. Realizou um breve resgate das reuniões anteriores, destacando que estavam aguardando a decisão dos Ministros de Estado da Cidadania e da Economia, uma vez foi acordado que os seus representantes os consultariam. Discorreu que recebeu a informação de que os representantes do Ministério da Economia (ME) e Ministério da Cidadania (MC) não cumpriram com o acordo. Relatou que esta reunião possui como pauta os seguintes itens: 1. Abertura; 2. Informes; 3. Apresentação dos resultados do GTE de Normativos (Maurício Maia – AGU); 4. Relato sobre desdobramentos dos Acórdãos TCU 2140/2017, 2580/2019, 1435/2020 e 1628/2021 relacionados à avaliação biopsicossocial da deficiência (SNDPD/MMFDH); 5. Análise comparativa entre os perfis de beneficiários do BPC e demais políticas públicas; 6. Situação atual dos trabalhos relacionados à avaliação biopsicossocial da deficiência (SNDPD/MMFDH); 7. Análise da parceria com a ENAP – Painel de Especialistas; 8. Apresentação dos resultados e do relatório final sobre a pesquisa de campo feita pela UNIMAR e SPREV conduzida pela SPREV; 9. Encaminhamentos; 10. Encerramento. Em seguida, solicitou que o Sr. Marcius Alves Crispim conduzisse a reunião. **2. Informes:** O Sr. Narlon Gutierre Nogueira realizou a sua autodescrição e arrazoou que, de fato, na última reunião dos representantes do governo, realizada em junho, houve um dissenso em relação às posições defendidas, sendo que naquele momento houve o compromisso do ME e do MC de levar o assunto ao conhecimento da SAG/CC que levaria o tema ao conhecimento superior dos ministros, o que não foi possível devido a inúmeras situações inesperadas ocorridas durante esse período. **3. Apresentação dos resultados do GTE de Normativos:** O Sr. Maurício Maia realizou a sua autodescrição e apresentou o objetivo do GTI, alegando que foi estabelecido um objeto estreito no trabalho do GTE de acordo com esse objetivo para finalizar os trabalhos necessários. Arrazoou que o Grupo finalizou os trabalhos de pesquisa e o relatório e explicou sobre o modelo de trabalho utilizado para alteração dos atos normativos para implementação do instrumento único. Destacou os resultados alcançados, finalizando a sua explanação. Não havendo nenhuma observação, passou-se ao próximo item de pauta. **4. Relato sobre desdobramentos dos Acórdãos TCU 2140/2017, 2580/2019, 1435/2020 e 1628/2021 relacionados à avaliação biopsicossocial da deficiência:** A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes discorreu sobre os Acórdãos 2140/2017 e 2580/2019 que tratam do Programa Viver sem Limites, os quais elencaram uma série de recomendações e determinações ao MMFDH. Em seguida, explanou sobre os Acórdãos 1435/2020 e 1628/2021,

sendo que o primeiro trata especificamente do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o segundo determinou ao MMFDH a implantação dos instrumentos para avaliação da deficiência determinados no art. 2º, §2º, da Lei 13.146/2015. Expôs o Plano de Ação do MMFDH apresentado ao TCU, elencando sobre as etapas cumpridas ou não, responsáveis, atividades, prazo, produto, riscos e mitigação. Não havendo nenhuma observação, passou-se ao próximo item de pauta. **5. Análise comparativa entre os perfis de beneficiários do BPC e demais políticas públicas:** O Sr. William Boschetti Adamczyk cumprimentou a todos e realizou a sua autodescrição. Realizou uma breve apresentação sobre o Evidence Express, destacando que se trata de uma equipe focada em reunir, resumir e disseminar referências que possam servir de base para o desenho, monitoramento e avaliação de políticas públicas. O Sr. Giovanni Di Pietra realizou a sua autodescrição e expôs sobre a introdução da realização do produto, salientando que a ideia é ter uma análise exploratória dos dados e responder a seguinte pergunta: Em relação à deficiência e seu nível de gravidade, o perfil do beneficiário do BPC é diferente do perfil dos beneficiários das demais políticas? Explanou que se basearam no Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) e explicou sobre a metodologia utilizada. Em seguida, descreveu os principais resultados encontrados, sendo: Beneficiários do BPC: a) Perfil Socioeconômico: mais jovens, menos escolarizados e de concentração maior nas zonas rurais; b) Perfil de Impedimento: maior prevalência de gravidade (42%) contra (18%) no melhor grupo de comparação (outros benefícios ou nenhum benefício); c) Perfil mais restritivo em todos os domínios de atividades. Dentro de cada tipo de impedimento, maior deficiência entre os domínios. Apresentou dados referentes ao perfil de impedimento dos beneficiários; distribuição e medianas de soma de pontuação por domínio dos indivíduos com idade entre 18 e 59 anos; e medianas por domínio. Destacou como considerações finais: 1. Na amostra utilizada, o BPC está associado a um perfil mais restritivo; 2. Gravidade: de 21 a 34 pontos percentuais maior no grupo que recebe o BPC; 3. Deficiências por dimensão: sempre mais impeditivas no grupo que recebe o BPC. Assim, o perfil do beneficiário do BPC é mais restritivo todos os domínios de atividades e em variáveis socioeconómicas. Abrindo para manifestações, o Sr. Bernardo Schettini parabenizou pela apresentação, salientando que trouxe uma mensagem importante de que o IFBr-M classifica pessoas sem deficiência como tendo deficiência. O Sr. Marcius Alves Crispim discorreu que puderam perceber que o BPC é mais restritivo e contempla deficiências mais graves e o Sr. Leonardo Rolim realizou a sua autodescrição e complementou que seria estranho que o padrão do BPC fosse igual ao de outras políticas, uma vez que possui como

critério a renda. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes explanou que o objetivo desse estudo foi justamente comparar os beneficiários das políticas para saber se o perfil do beneficiário do BPC é mais restritivo, sendo concluído que sim. Compreendeu que a renda não possui uma interferência, visto que a deficiência é independente dessa questão e observou que a possibilidade de identificar uma pessoa com deficiência mesmo quando não há deficiência dependerá do conceito adotado. O Sr. Miguel Abud realizou a sua autodescrição e informou que participou de todos os grupos de trabalho de implantação do BPC e da organização do seu banco de dados de todas as suas versões, discorrendo que havia uma preocupação muito grande de que a avaliação pelo modelo biopsicossocial trouxesse uma concepção do benefício desenfreada. Salientou que a deficiência e a funcionalidade estão dentro do mesmo conceito da plena ou limitação das atividades de participação. O Sr. Leonardo Rolim relatou que o conceito de pessoa com deficiência está claro no art. 2º da LBI e postulou que qualquer comparação deve ser realizada através de itens comparáveis, entendendo que quando há a comparação de pessoas de baixa renda com pessoas de alta renda não está considerando esse princípio. O Sr. Marcius Alves Crispim explicou que o conceito da pessoa com deficiência é único, destacando que o critério de renda é separado do critério de deficiência. O Sr. Giovanni Di Pietra destacou que o produto apresentando não é uma análise de causa e consequência, sendo que foi realizada uma análise exploratória para mostrar o quão diferente são os beneficiários. Relatou que o critério de renda seria mais importante para identificar as barreiras, sendo que não foi computado para a definição de deficiência grave ou leve. **6. Situação atual dos trabalhos relacionados à avaliação biopsicossocial da deficiência:** A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes apresentou os desafios da implementação do instrumento único de avaliação e explanou sobre os efeitos da caracterização binária da deficiência. Discorreu que há um impasse em relação ao instrumento, uma vez que o MMFDH entende que a avaliação não deve pontuar as alterações de funções e estruturas no corpo e o MC, o MPT e ME entende que deve pontuar por meio da Perícia Médica Federal. Explicou as causas desse impasse e as medidas necessárias para avançar. Dando continuidade, o Sr. Lucas Badinhan apresentou o protótipo do Cadastro de Inclusão, explicando cada um dos formulários que devem ser preenchidos. O Sr. Leonardo Rolim sugeriu interromper a apresentação, uma vez que existem problemas conceituais sérios por estar trabalhando com um sistema de entrada do INSS como se fosse um sistema de alimentação. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes explicou que podem seguir a apresentação, pois continuará relatando apenas sobre a o protótipo, não é algo definido. O Sr. Marcius Alves Crispim entendeu

que o protótipo do Cadastro Inclusão ainda pode ser revisto com a equipe de sistema do INSS. Dando sequência na apresentação, a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes expôs sobre as etapas do instrumento de avaliação com os ajustes realizados para melhor qualificação do requerente e sobre o componente de informações adicionais. Dando prosseguimento, o Sr. Miguel Abud apresentou as propostas de formulário de fatores ambientais e de formulário de funções e estruturas do corpo, explicando-os detalhadamente. O Sr. Narlon Gutierre Nogueira discorreu que, às vezes, existe a impressão de que estão discutindo detalhes dos formulários como se houvesse uma definição final do instrumento, observando que ainda existem questões de encaminhamentos do GTI que não foram definidas. Continuando a apresentação, a Sra. Lailah Vilela apresentou a proposta de formulário de atividades e participação. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes mostrou como é realizada a decisão na avaliação, elucidando sobre o fluxo, sobre o processo de decisão e sobre a implantação com operacionalização via INSS e suas etapas. Discorreu que estão propondo a criação da Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que será vinculada ao Sistema Unificado de Avaliação da Deficiência e ao Cadastro de Inclusão. Abrindo para as manifestações, o Sr. Bernardo Schettini questionou se os formulários propostos farão alguma diferença no resultado da avaliação da deficiência e se haverá alguma correção na matriz do IFBr-M. O Sr. Narlon Gutierre Nogueira observou que as políticas direcionadas às pessoas com deficiência envolvem diversos ministérios, destacando que a decisão final deve ser de governo. Reforçou que o MTP, ME e MC discordam da implantação em etapas e compreendeu que ainda não aprofundaram a discussão acerca da rede de profissionais certificados que atenderão e aplicarão as avaliações, sendo que a apresentação passou uma ideia de que qualquer profissional de determinadas especialidades poderá ser certificado para aplicação do instrumento. Destacou que há a compreensão de que os peritos médicos federais e os profissionais do serviço social do INSS já possuem essa atribuição e devem continuar sendo os responsáveis pela aplicação do instrumento. A Sra. Vanessa esclareceu que a avaliação das atividades e da participação é realizada pelo perito médico e pelo serviço social e observou que, se houver prognóstico ruim em relação às funções e estruturas do corpo, também haverá uma elevação do qualificador final. Salientou a importância de que as funções e estruturas do corpo fossem pontuadas na avaliação. O Sr. André Rodrigues Veras realizou a sua autodescrição e registrou que há bastantes dificuldades estruturais para viabilizar a criação da Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, uma vez que estão criando uma estrutura cujo financiamento deverá ser difícil, especialmente, devido à forma de operacionalização proposta. A Sra. Liliane Cristina

Goncalves Bernardes explicou que os formulários propostos interferem na pontuação e discorreu que será realizado um ajuste no IFBr-M para que haja maior precisão na caracterização da deficiência. Com relação à implantação por etapas, compreendeu que seria inviável iniciar a implantação desta magnitude de uma única vez. Acrescentou que seriam criados critérios para definir quais seriam os profissionais habilitados para avaliação. O Sr. Marcius Alves Crispim explanou que a intenção é contar com a participação da Perícia Médica Federal no processo e que há apenas uma discussão preliminar sobre a Casa dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comentou que a proposta foi construída por etapas pensando, inclusive, na parceria com o INSS. O Sr. André Rodrigues Veras entendeu que, talvez, fosse interessante fortalecer os equipamentos já existentes para melhor atendimento das pessoas com deficiência e indagou como os formulários podem alterar o resultado das avaliações. O Sr. Leonardo Rolim relatou que o INSS já opera a avaliação biopsicossocial do BPC e da Aposentadoria Especial da Pessoa com Deficiência e discorreu que a definição de como será a implantação dependerá do modelo de avaliação aprovado. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes explanou que os formulários de fatores ambientais e de funções e estruturas do corpo influenciam a avaliação a partir do momento que permite ao avaliador ter um conhecimento mais amplo da pessoa avaliada. Externadas todas as opiniões e feitos os esclarecimentos necessários, passou-se ao próximo item de pauta. **7. Oficinas de Análise *ex ante* em parceira com a ENAP - Painel de Especialistas:** A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes informou que estão avançando na realização de uma análise *ex ante* através da realização das oficinas. Com relação ao Painel de Especialistas, arrazoou que será necessário decidir se serão submetidas às duas propostas a esse painel para que sejam descartadas as questões técnicas não adequadas em cada um dos instrumentos. O Sr. Rodrigo Zerbone Loureiro questionou qual é a perspectiva para finalização do Painel de Especialistas e a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes explicou que a ideia é iniciá-lo antes do término do GTI e finalizá-lo em outubro. O Sr. Rodrigo Zerbone Loureiro externou a sua preocupação de que o trabalho seja finalizado com inconsistências, entendendo que qualquer pendência o enfraquecerá. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes registrou que as reuniões do GTI foram suspensas para aguardar uma decisão superior que não foi feita. O Sr. Narlon Gutierre Nogueira observou que, embora o GTI não tenha se reunido para deliberações, as equipes continuaram trabalhando. **8. Apresentação dos resultados e do relatório final sobre a pesquisa de campo feita pela UNIMAR e SPREV conduzida pela SPREV:** O Sr. Narlon Gutierre Nogueira realizou uma breve contextualização sobre a realização da

pesquisa, passando a palavra para apresentação dos resultados. O Sr. Bernardo Schettini apresentou os resultados da pesquisa realizada pela UNIMAR de análise da aplicação do IFBr-M em requerentes do BPC à pessoa com deficiência e os resultados da pesquisa realizada pela SPREV, MC e INSS de opinião com os profissionais do INSS e da Perícia Médica. Em seguida, apresentou a proposta de modelo e instrumento de avaliação da deficiência elaborada pelo ME e MC, destacando o diagnóstico (antecedentes e pesquisa de campo no INSS), proposta de adaptação e os cenários para o modelo único. Abrindo para manifestações, a Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes compreendeu que há consenso em relação à necessidade de ajustes no IFBr-M e observou que o BPC foi utilizado como padrão ouro na pesquisa, ponderando que não podem utilizá-lo como esse padrão por não existir nenhum aspecto que comprove essa questão. Externou a sua preocupação de limitar o acesso às pessoas que são caraterizadas como pessoas com deficiência para várias políticas que não possuem critérios tão restritivos como do BPC. Comentou que os casos exemplificativos são problemáticos e compreendeu que a análise sobre a visão da pessoa com deficiência pela sociedade ficou muito subjetiva. Salientou que a continuação da perícia médica como guardião da definição da pessoa com deficiência não contempla a avaliação biopsicossocial e que ainda não chegaram a uma conclusão sobre os falsos positivos. Compreendeu que o nível de judicialização não está adequado e colocou a sua dúvida sobre a possibilidade de implantação de um instrumento sem realizar novos testes. Observou que existem problemas em ambos os instrumentos propostos. O Sr. Marcius Alves Crispim indagou se a pesquisa seria uma análise exploratória ou amostral e se amostra preenche os requisitos de pesquisa amostral. O Sr. Bernardo Schettini explicou que se trata de uma pesquisa amostral que considera o universo de requerentes do BPC e alegou que não utilizaram o BPC como padrão ouro. Compreendeu que já possuem um diagnóstico robusto e uma proposta que demostrou um bom desempenho, o que demostra segurança para introduzir o modelo único. O Sr. Leonardo Rolim discorreu que os resultados apresentados mostram o impacto da implantação do IFBr-M da proposta apresentada, entendendo que devem trabalhar em um instrumento que possa ser aplicado em todas as políticas. Comentou que o instrumento do BPC não é perfeito, mas é um excelente instrumento biopsicossocial que atende a Convenção e a LBI. O Sr. André Rodrigues Veras agradeceu pela apresentação e reforçou que o instrumento do BPC não é perfeito, mas possui mais de 3,5 milhões de aplicação em sua trajetória. Afirmou que acredita que a proposta apresentada é exequível e atende os preceitos da criação de um modelo único. O Sr. Maurício Maia compreendeu que a avaliação social e médica são complementares, não havendo

prevalência e o Sr. Miguel Abud observou que existem alguns parâmetros que são muito claros com relação à gravidade da deficiência, destacando que o profissional pontuará sob os quatros itens da própria matriz. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes explicou que o BPC não é adequado para avaliação em todas as políticas e registrou que é necessário conhecer melhor a proposta apresentada. Ressaltou que a avaliação da deficiência servirá para identificação das barreiras além de caracterizar a deficiência. O Sr. Rodrigo Zerbone Loureiro parabenizou todos envolvidos na pesquisa e observou que os dados demonstram que existe um problema gravíssimo. Arrazoou que a proposta colocada pela Evidence Express é diferente da avaliação do BPC e salientou que a proposta de impacto de aproximadamente R$ 35 bilhões é absolutamente não implementável. Entendeu que o grande desafio será encontrar uma fonte de recurso e sugeriu que os trabalhos finais do GTI fossem focados na análise e eventuais aperfeiçoamentos possíveis na proposta apresentada pela SPREV. A Sra. Liliane Cristina Goncalves Bernardes discordou, ressaltando que esse impacto de R$ 35 bilhões apresentado não deve ser considerado, uma vez que o instrumento utilizado como referência para gerar essa estimativa não será utilizado, uma vez que houve consenso que o IFBr-M deve ser ajustado. Sugeriu ainda que não devem escolher uma proposta nesse momento, entendendo que devem construir uma proposta do GTI com os pontos positivos de ambas as propostas apresentadas. **9. Encaminhamentos:** Realizadas todas as manifestações, foram definidos os seguintes encaminhamentos: 1. Realização de reunião no dia 30/08 para definição de realização ou não do Painel de Especialistas e discussão sobre as propostas apresentadas; 2. Envio dos materiais apresentados. **Encerramento:** Concluídos os itens de pauta, a Sr. Marcius Alves Crispim registrou o seu agradecimento à presença de todos, finalizando a 7ª Reunião Ordinária do GTI.

GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA - GTI

Ata da 8ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência – GTI – Realizada no dia 31 de agosto de 2021.

Aos trinta e um dias do mês de agosto de dois mil e vinte e um, pela plataforma *Zoom*, foi realizada a 8ª Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência - GTI, sob a Coordenação da Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Diretos Humanos (MMFDH). Estiveram presentes os seguintes participantes: Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Diretos Humanos (MMFDH); Liliane Cristina Goncalves Bernardes, Representante Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); Marcius Alves Crispim, Representante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH); Narlon Gutierre Nogueira, Representante do Ministério da Economia (ME); Maurício Maia, Representante da Advocacia-Geral da União (AGU); André Rodrigues Veras, Representante do Ministério da Cidadania (MC); Leonardo Rolim, Presidente do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); Rodrigo Zerbone Loureiro, Representante do Ministério da Economia; Bernardo Schettini, Representante do Ministério da Economia (ME); Claudio de Castro Panoeiro, Representante da Advocacia-Geral da União (AGU); Thaís Vizioli, Representante do Ministério do Trabalho e Previdência.

1. Abertura: A Sra. Priscilla Roberta Gaspar de Oliveira iniciou a reunião cumprimentando a todos e justificou que não pode permanecer até o final da última reunião devido à falta de energia em sua residência. Discorreu que ficou muito decepcionada com a falta de implementação do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência por causa de vários conflitos. Relatou que a decisão do Ministério da Cidadania e do Ministério da Economia prejudicará o acesso das pessoas com deficiência às políticas públicas e descreveu o atendimento recebido no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) para aposentadoria por tempo de serviço, destacando a maneira despreparada como FOI atendida. Solicitou que os membros do GTI refletissem o que estão fazendo para as pessoas com deficiência, passando a palavra ao Sr. Marcius Alves Crispim para condução da reunião. O Sr. Marcius Alves Crispim cumprimentou os presentes e realizou a leitura da pauta, que

estava composta pelos seguintes itens: 1. Abertura; 2. Informes; 3. Relatório Final do GTI; 4. Encaminhamentos; 5. Encerramento. Não havendo nenhuma manifestação, considerou a pauta aprovada. **2. Informes:** Informou sobre a publicação da Pesquisa Nacional de Saúde, Módulo G de 2019 que trata especificamente das pessoas com deficiência e sobre a realização de webinário dos dias 12 a 14 de setembro, no qual serão trabalhados os dados e informações sobre pessoas com deficiência. **3. Relatório Final do GTI:** Antes de realizar a apresentação do relatório, a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes explanou que foi realizada uma análise da proposta apresentada pelo Ministério da Cidadania e pelo Ministério da Economia. Esclareceu que a pesquisa feita pela Unimar utilizou uma versão do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) sobre a qual já houve consenso no GTI que não seria utilizado na implementação, pois necessitaria de ajustes. Sendo assim, seus resultados não são adequados para estabelecer a mudança de perfil de beneficiário do BPC ou estimar o impacto fiscal, já que essa versão do IFBr-M não será utilizada. Arrazoou que a proposta de adaptação apresentada utilizou uma taxa de caracterização de 57,6% de pessoas com deficiência, porém, não há informações sobre em que se baseou a tomada de decisão dessa taxa. Acrescentou que foram identificados na pesquisa alguns problemas metodológicos, de concepção, além de resultados incoerentes com os microdados da avaliação do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e de pesquisas nacionais. Discorreu que a conclusão é que o diagnóstico a partir do estudo realizado é impreciso para orientar a tomada de decisão superior. Com relação à judicialização e à operacionalização, relatou que há o entendimento de que o risco de judicialização da proposta alternativa da Secretaria da Previdência (SPrev) é bastante alto, pois haverá alteração do perfil de beneficiários das demais políticas, com restrição de direitos hoje usufruídos, sendo que outro problema é a operacionalização ser restrita aos profissionais do INSS e da Pericia Médica Federal que trará, para a maioria das avaliações de outras políticas, um enorme gargalo e uma demanda reprimida para acidentes que já ocorrem no INSS, conforme auditorias recentes realizadas pela Controladoria-Geral da União (CGU) e pelo Tribunal de Contas da União (TCU). O Sr. Narlon Gutierre Nogueira comentou que possuem a consciência de que estão tentando viabilizar uma construção, afirmando que em nenhum momento houve a intenção de restringir ou dificultar os direitos das pessoas com deficiência, mas de ter uma compreensão da possibilidade de desarticulação entre as políticas e dos seus prejuízos dependendo do modelo implantado. Observou que não há um pensamento único nem mesmo nos movimentos das pessoas com deficiência referente à matéria. Com relação à pesquisa, compreendeu que cumpriu o seu papel de trazer uma

amostra significativa da aplicação do instrumento em casos reais, demonstrando a existência de muitos problemas. O Sr. Leonardo Rolim acrescentou que o prazo médio de agendamento da perícia era de 15 dias antes da pandemia, afirmando que esse prazo retornará e que não há um gargalo. Com relação à avaliação social, informou que o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demostrou que para atender a todas as políticas voltadas às pessoas com deficiência será necessário cerca de 700 profissionais e o INSS possui em torno de 1.200 assistentes sociais que atuam nessa avaliação. Acrescentou que, além disso, estão redirecionando outros assistentes sociais que atuavam em outras ações do INSS para a avaliação social. O Sr. André Veras Rodrigues comentou que o Ministério da Cidadania tem uma postura bastante colaborativa para construção da proposta de modelo único que observe todos os aspectos necessários, afirmando que ainda permanece o compromisso para essa construção a fim de que haja uma entrega com responsabilidade. O Sr. Marcius Alves Crispim salientou a importância de ter conhecimento dos outros movimentos referentes à avaliação psicossocial que estão sendo organizados em outros órgãos nacionais e internacionais. O Sr. Rodrigo Zerbone Loureiro entendeu que é necessário partir de uma premissa que todos os membros do GTI estão fazendo um trabalho em prol da conclusão bem sucedida da pauta, ponderando que é inadequado colocar a visão divergente como oposição ao tema. Solicitou que fosse realizada uma discussão técnica detalhada sobre a pesquisa para que os membros do GTI possam tomar uma decisão. O Sr. Bernardo Schettini explicou que a taxa de caracterização de 57,6% de pessoas com deficiência é uma proposta, aderente à taxa baseada no histórico do instrumento, a qual demonstra que a amostra é aderente ao público do BPC que serão avaliados psicossocialmente. Discorreu que será necessário elaborar melhor os instrumentos metodológicos e compreendeu que nenhuma pesquisa é imune a críticas, todavia, é necessário se perguntar em que medidas as possíveis limitações podem afetar o diagnóstico. Afirmou que foi utilizada a versão mais recente do IFBr-M. O Sr. Marcius Alves Crispim esclareceu que a discussão sobre a pesquisa será apresentada novamente na proposta do relatório final. Apresentada proposta de Relatório Final do GTI, o Sr. Rodrigo Zerbone Loureiro discorreu que possui sérios problemas em aprovar um relatório que recomende a proposta do MMFDH e postulou que os dados da pesquisa precisam estar nesse relatório, inclusive, para fundamentar a proposta do Ministério. O Sr. Narlon Gutierre Nogueira compreendeu que é correto registrar no relatório os dois modelos propostos, sugerindo que houvesse uma síntese no corpo do relatório remetendo a anexos que poderão ser elaborados. Sugeriu também que fosse consignado quais membros deliberaram

favoravelmente em cada uma das propostas na deliberação final. O Sr. Marcius Alves Crispim concordou com a sugestão e observou que ambas as propostas atendem os preceitos da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI). O Sr. Claudio de Castro Panoeiro deixou claro que as duas propostas encaminhadas são propostas do GTI, entendendo que caberá ao Presidente da República fazer a escolha do modelo mais conveniente em sua opinião. O Sr. Maurício Maia inferiu que seria interessante constar o posicionamento de cada membro do GTI, uma vez que não limita a escolha do Presidente da República. Externadas todas as manifestações e opiniões, consensou-se que será registrado no Relatório Final do GTI o posicionamento de cada membro referente aos modelos apresentados pelo MMFDH e pelo Ministério da Economia e Ministério da Cidadania e que será incluída a descrição detalhada dos dois modelos de instrumento e de avaliação biopsicossoial da deficiência nos anexos. Considerado o Relatório Final do GTI aprovado, a Sra. Liliane Cristina Gonçalves Bernardes explanou que a versão inicial dos anexos será encaminhada aos membros antes da reunião final para contribuições. **4. Encaminhamentos:** O Sr. Marcius Alves Crispim informou que estão propondo os seguintes encaminhamentos: 1. Cancelamento do Painel de Especialistas; 2. Elaboração de texto para compor o Relatório Final de cada proposta de modelo apresentada: Modelo MMFDH e Modelo ME/MC; 3. Elaboração do Relatório Final – MMFDH; 4. Envio das propostas de anexos com a descrição detalhada dos dois modelos de instrumento e de avaliação biopsicossoial da deficiência propostos pelo MMFDH e pelo Ministério da Economia e Ministério da Cidadania até o dia 22 de setembro; 5. Realização da última reunião do GTI, no dia 30 de setembro, as 14h30, para encerramento dos trabalhos. **5. Encerramento:** Concluídos os itens de pauta, a Sr. Marcius Alves Crispim registrou o seu agradecimento à presença de todos, finalizando a 8ª Reunião Ordinária do GTI.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

ATA DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO GTI SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

Aos trinta dias do mês de setembro de dois mil e vinte e um, por meio da plataforma virtual de reuniões *Microsoft Teams*, iniciou-se a Nona Reunião Ordinária do Grupo de Trabalho Intersetorial - GTI sobre o modelo único de avaliação da deficiência, sob a coordenação do Sr. Március. Apresentada a proposta de pauta, a seguir transcrita: Abertura; Informes; Apresentação das propostas de instrumentos de avaliação e modelos de implantação da avaliação biopsicossocial; Votação; Apresentação da estrutura do Relatório Final do GTI; Encaminhamentos; e Encerramento. Não havendo manifestações contrárias, a pauta foi considerada aprovada. Quanto ao item da Abertura: Dada por aberta a sessão. Com relação ao item de Informes: Não houve. Ato contínuo, prosseguiu ao item da apresentação das propostas de instrumentos de avaliação e modelos de implantação da avaliação biopsicossocial: A Sra. Liliane Bernardes deu início a apresentação das propostas da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Com Deficiência, pontuando os desafios a serem enfrentados, afirmando que a maior parte das políticas a caracterização é, por lei, binária, ou seja, basta definir se é ou não pessoa com deficiência, sem que haja acesso diferenciado por grau de gravidade (exceções: aposentadoria da LC 142, auxílio-inclusão). Afirma ainda que atualmente há coexistência de modelos distintos de caracterização da deficiência, com modelos de perfil mais restritivo e outros de perfil mais concessivo, o que torna mais desafiadora a unificação em um modelo que seja focalizado e equilibrado. Como medidas necessárias para avançar, pondera sobre a necessidade de alteração na legislação brasileira para adoção de um sistema unificado de avaliação da deficiência, não-binário, com graus diferentes de acesso às políticas, benefícios e serviços de acordo com a restrição de participação e necessidade de apoios - quanto maior a restrição de participação, maior o apoio do Estado. Propõe a criação de um Comitê Gestor Nacional permanente, para tratar dos assuntos relacionados à avaliação e certificação da deficiência. Apresenta também a proposta de implementação da "Casa dos direitos da pessoa com deficiência",

como um novo equipamento público a ser criado, não rigidamente vinculado a um imóvel, mas sim uma estrutura para atendimento e avaliação destas pessoas. Não restando dúvidas, o Sr. Bernardo prosseguiu para a apresentação da proposta do Ministério da Cidadania e do Ministério da Economia, explicitando os cenários do modelo e instrumentos de avaliação da deficiência, pontuando o diagnóstico, a proposta de adaptação, a avaliação do desempenho e um modelo a ser adotado. Seguindo para o item da **votação:** Votaram pela Proposta do MC e do ME: O Sr. Rodrigo Zerbone; O Sr. Narlon Gutierre; o Sr. Ângelo; O Sr. Maurício Maia; O Sr. André Veras. Votaram pela Proposta do MMFDH: A Sra. Liliane Bernardes; E o Sr. Rodrigo Machado. Feito o registro de duas ausências, dos representantes do CONADE. Prosseguiu ao item da **apresentação da estrutura do Relatório Final do GTI:** A Sra. Liliane Bernardes deu início a apresentação, pontuando as sugestões de alterações ao texto. Em seguida, a Sra. Liliane Bernardes informou que a proposta final da proposta com os ajustes propostos seria disponibilizada no SEI, e deve ser encaminhada para a ministra até o dia 15 de outubro, de acordo com o disposto no Decreto. Não havendo manifestações contrárias, foi informado que o relatório seria encaminhado da forma como apresentado. **Encerramento:** Sendo esta a última reunião do GTI, o coordenador Claudio Panoeiro ressaltou a importância das contribuições de todos os membros na construção do modelo final da estrutura do Relatório Final do GTI, evidenciando a relevância de ambas as propostas apresentadas, proferindo os agradecimentos a todos. Não havendo mais assuntos a serem tratados, a reunião foi declarada encerrada, e o Grupo de Trabalho Intersetorial sobre o modelo único de avaliação da deficiência declarado extinto.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 03 dias do mês de setembro de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 1ª Reunião Ordinário do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	Órgão
Liliane Cristina Gonçalves Bernardes.	MMFDH
Ana Cláudia Mendes De Figueiredo	CONADE
Moisés Bauer Luiz	CONADE
Angelo Roberto Gonçalves	Ministério da Saúde
Maria Dilma Alves Teodoro	Ministério da Saúde
Leonardo José Rolim Guimarães	Ministério da Economia
André Rodrigues Veras	Ministério da Economia

E os convidados:

Nome	Órgão
Heleno Rodrigues Correa Filho	Pesquisador
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior	Especialista
Fernando Gallego Dias	Auditor-Fiscal do Trabalho - Secretaria do Trabalho
José de Oliveira Costa Filho	Perito Médico Federal - Secretaria de Previdência
Orion Sávio Santos de Oliveira	Coordenador-Geral de Benefícios de Risco e Reabilitação Profissional - Secretária de Previdência
Miguel Abud Marcelino	Professor e pesquisador do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social - Nippis (Coppex/Unifase-FMP e Lis/Icict/Fiocruz)

Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho
Lívia Barbosa Pereira	Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UNB)
Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Mariana Martini Motta	Procuradora Federal - Passo Fundo
Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC

Na abertura da reunião, a representante do MMFDH, Liliane Bernardes, se apresenta ao grupo passando a palavra para a Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Priscilla Gaspar. Após fala a Secretária retorna a palavra para Liliane Bernardes que apresentou a seguinte proposta de pauta:

10h às 12h

- Abertura

- Aprovação da pauta: Apresentação do IFBrM e validação pela UnB

- Apresentação do IFBrM e Validação pela UnB (Profa. Lívia Barbosa e Prof. Heleno Correa)

15h às 16h

- Questionamentos e debates

16h às 17h

- Deliberações

Após apresentação, Liliane Bernardes solicita aos presentes que se manifestassem em caso de desacordo com ela. Sem manifestações contrárias segue-se a reunião com esclarecimentos sobre as portarias de nomeação dos participantes do GTE, realiza apresentação de como se procederá o funcionamento do GTE e propõe cronograma de reuniões para o mesmo. Os participantes manifestaram preocupação com os prazos apresentados e solicitam a realização de mais reuniões desse GTE para "Análise do instrumento", o que foi acatado e alterado no cronograma apresentado.

Finalizada a discussão sobre o cronograma e feitas as devidas alterações, seguiu-se para a apresentação do Instrumento de Avaliação por representantes da UNB, Profa. Lívia Barbosa e Prof. Heleno Correa.

Ao final da apresentação, foi finalizada a primeira parte da reunião as 12h, sendo retomada as 15h conforme pauta proposta e aprovada.

As 15h iniciou-se a discussão sobre o Instrumento sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial onde foram realizados esclarecimentos sobre seu efetivo funcionamento porem o grupo não chegou a um consenso levando a discussão para as próximas reuniões.

Sem mais a ser discutido a reunião encerrou-se as 17h, tendo como encaminhamentos o envio de nova proposta de pauta e realização de estudo de nova forma para embasar decisões do GTI.

Encerrada as discussões a respeito do tema, finalizou-se a reunião as 17h passando-se para os encaminhamentos.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- Envio de nova proposta de pauta.
- Estudo de nova forma de embasar as decisões do GTI.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

2ª REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO ESPECIALIZADO SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 10 dias do mês de setembro de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 2ª Reunião Ordinário do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	**Órgão/Entidade**
Angelo Roberto Gonçalves	Ministério da Saúde
Ana Cláudia Mendes De Figueiredo	CONADE
Moisés Bauer Luiz	CONADE
André Rodrigues Veras	Ministério da Cidadania

Convidados:

Nome	Órgão
Heleno Rodrigues Correa Filho	Pesquisador
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior	Especialista
Fernando Gallego Dias	Auditor-Fiscal do Trabalho - Secretaria do Trabalho
José de Oliveira Costa Filho	Perito Médico Federal - Secretaria de Previdência
Orion Sávio Santos de Oliveira	Coordenador-Geral de Benefícios de Risco e Reabilitação Profissional - Secretária de Previdência
Miguel Abud Marcelino	Professor e pesquisador do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social - Nippis (Coppex/Unifase-FMP e Lis/Icict/Fiocruz)

Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho
Lívia Barbosa Pereira	Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UNB)
Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Mariana Martini Motta	Procuradora Federal - Passo Fundo
Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
Dr Ricardo Tadeu	Desembargador do TRT da 9ª Região

Ana Paula Nedavaska inicia a reunião cumprimentando a todos os presentes e informando que presidirá em substituição a Liliane Bernardes, que está em período de férias. Segue apresentando a proposta de pauta abaixo para deliberação e aprovação dos presentes:

1. 10h - Abertura
    2. Proposta pauta: Continuação da Discussão sobre o Instrumento de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
        a. 10h15 às 11h15: Comparativo entre IFBrM e instrumento do BPC (Prof. Miguel Abud Marcelino)
        b. 11h15 às 12h00: Discussão
        c. 15h às 15h30: Conceito de Deficiência na Convenção: Impedimentos, barreiras e restrição de participação social (Dr. Ricardo Tadeu)
        d. 15h30 às 16h30: Discussão
        e. 16h30 às 17h: Encaminhamentos e encerramento

Com a pauta aprovada por unanimidade deu-se início aos trabalhos passando-se a palavra ao Dr. Miguel Abud, que inicia apresentação sobre o primeiro item de pauta, a saber: “Comparativo entre IFBrM e instrumento do BPC”.

Encerrada a apresentação, passou-se para as discussões e esclarecimentos a respeito por parte dos participantes. Finalizadas as ponderações, a primeira parte da reunião foi encerrada as 12h 40, com retorno previsto para as 15h.

Dando seguimento, a reunião foi retomada as 15h12, com pedido de inscrição do Professor Heleno, para explanar sobre assuntos tratados no período anterior, apresentando duas telas com tabelas de da pesquisa de validação do Instrumento. Encerrada a apresentação, passou-se para alguns esclarecimentos e ponderações dos participantes. Com o intuito de evitar atrasos

deu-se início ao segundo ponto de pauta, a saber: “Conceito de Deficiência na Convenção: Impedimentos, barreiras e restrição de participação social” com fala do convidado Dr. Ricardo Tadeu Marques da Fonseca, Desembargador do Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- Envio de nova proposta de pauta.
- Continuar as discussões sobre a sensibilidade do instrumento;
- Trazer caso do RJ para analise;
- Enviar apresentações para os participantes;
- Enviar o instrumento para Dr. Ricardo Tadeu.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

3ª REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO ESPECIALIZADO SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 14 dias do mês de setembro de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 3ª Reunião Ordinário do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	**Órgão/Entidade**
Angelo Roberto Gonçalves	Ministério da Saúde
Maria Dilma Teodoro	Ministério da Saúde
Ana Cláudia Mendes De Figueiredo	CONADE
Moisés Bauer Luiz	CONADE
André Rodrigues Veras	Ministério da Cidadania

E os convidados:

Nome	**Órgão**
Heleno Rodrigues Correa Filho	Pesquisador
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior	Especialista
Fernando Gallego Dias	Auditor-Fiscal do Trabalho - Secretaria do Trabalho
José de Oliveira Costa Filho	Perito Médico Federal - Secretaria de Previdência
Orion Sávio Santos de Oliveira	Coordenador-Geral de Benefícios de Risco e Reabilitação Profissional - Secretária de Previdência
Miguel Abud Marcelino	Professor e pesquisador do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social - Nippis (Coppex/Unifase-FMP e Lis/Icict/Fiocruz)
Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho

Lívia Barbosa Pereira	Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UNB)
Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Mariana Martini Motta	Procuradora Federal - Passo Fundo
Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
Ana Paula Nedavaska	MMFDH
Josué Ribeiro	MMFDH
Priscilla Gaspar	MMFDH
Sergio Nogueira	MMFDH
Dânnia Vasconcellos	MMFDH
José Naum Mesquita	MMFDH

Ana Paula Nedavaska inicia a reunião cumprimentando a todos os presentes e informando que presidirá em substituição a Liliane Bernardes, que está em período de férias.

Segue apresentando a proposta de pauta abaixo para deliberação e aprovação dos presentes:

1. 10h - Abertura

   10h as 12h: Continuação da Discussão sobre a sensibilidade do Instrumento de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

   15h as 16h: Apresentação sobre as políticas que terão aplicabilidade do IFBrM.

Sem aprovação da pauta, os participantes sugeriram que no período da manhã fosse continuada a discussão sobre a sensibilidade do Instrumento e, no período da tarde fosse trazido pelos participantes os pontos de divergência e as possíveis soluções desses pontos, para produção de relatório a ser apresentado ao GTI.

Aprovada a nova proposta deu-se início aos trabalhos passando-se a palavra aos inscritos anteriormente e aos novos inscritos dando continuidade conforme o primeiro ponto de pauta.

Encerrada as discussões a primeira parte da reunião foi encerrada sendo retomada as 15h.

No período da tarde, a reunião foi iniciada conforme previsto sendo passado a fala dos participantes que se inscreveram no período da manhã e não tiveram tempo de falar.

Porém, apesar de o objetivo ser de mapear o posicionamento de cada área, decidiu-se por adiar e prosseguir com o debate.

Encerradas as considerações dos participantes passou-se para os encaminhamentos.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- Envio de nova proposta de pauta.
- Encaminhar apresentação do Dr. Jose
- Encaminhar apresentação do Dr. Miguel
- Elencar os pontos principais para o relatório do GTI.
- MMFDH trazer apresentação sobre os critérios de avaliação das políticas públicas.
- ...

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

4ª REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO ESPECIALIZADO SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 17 dias do mês de setembro de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 4ª Reunião Ordinária do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	**Órgão/Entidade**
Angelo Roberto Gonçalves	Ministério da Saúde
Moisés Bauer Luiz	CONADE
Liliane Cristina Bernardes	MMFDH
André Rodrigues Veras	Ministério da Cidadania

E os convidados:

Nome	**Órgão**
Heleno Rodrigues Correa Filho	Pesquisador
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior	Especialista
Fernando Gallego Dias	Auditor-Fiscal do Trabalho - Secretaria do Trabalho
José de Oliveira Costa Filho	Perito Médico Federal - Secretaria de Previdência
Orion Sávio Santos de Oliveira	Coordenador-Geral de Benefícios de Risco e Reabilitação Profissional - Secretária de Previdência
Miguel Abud Marcelino	Professor e pesquisador do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social - Nippis (Coppex/Unifase-FMP e Lis/Icict/Fiocruz)
Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho

Lívia Barbosa Pereira	Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UNB)
Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Mariana Martini Motta	Procuradora Federal - Passo Fundo
Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
Ana Paula Nedavaska	MMFDH
Josué Ribeiro	MMFDH

Liliane Bernardes inicia a reunião cumprimentando a todos os presentes e apresenta a proposta de pauta abaixo para deliberação e aprovação dos presentes:

1. 10h - Abertura

   10h as 12h: Apresentação dos critérios de ingresso às Políticas Públicas para pessoa com deficiência para discussão a respeito.

   15h as 16h: Apresentação dos pontos sugeridos pelos participantes do GTE para composição do Relatório a ser apresentado ao GTI.

Com aprovação da pauta seguiu-se para o início da apresentação e participação concomitante dos participantes. Liliane apresentou ainda uma proposta de novo fluxo baseado no modelo francês que foi bem aceita pelos participantes. Finalizado as apresentações e considerações encerrou-se a primeira parte da reunião sendo retomada as 15h com a apresentação de sugestões dos pontos de cada integrante para compor o relatório a ser apresentado ao GTI.

No período da tarde Liliane, passa a palavra ao Dr. Orion para que inicie a exposição dos pontos que foram citados pelo grupo, expressa a seguir:

1) Conceito de deficiência.
2) Considerações sobre o impedimento de longo prazo
3) Síntese dos principais problemas encontrados na análise dos dados da LC nº . 142, de 2013, que utiliza como instrumento o IF-BrA
4) Análise do processo de validação

A) Baixa especificidade – muitos falsos positivos, ou seja, muitas pessoas sem deficiência caracterizados como pessoas com deficiência

B) Conflito de escolhas muitos falsos positivos nas curvas de respostas dos operadores ao instrumento – dificuldade em se ajustar o método atual “on the fly”

C) Estudo não foi desenhado para validar a robustez do IFBrM em distinguir entre Pessoas com Deficiência e Pessoas sem Deficiência, e sim para validar a acurácia do IFBrM em discriminar entre as distintas gravidades de deficiências.

D) Problemas no padrão ouro – Comparação é baseada na posição de 2 avaliadores

e do próprio avaliado – necessidade de participação para cada caso material dos representantes das pessoas com deficiência, dos docentes da pesquisa e do INSS.

5) Teste do IF-BrM em condições reais de uso, bem como análise de comparativa de bases de dados.

6) Aprimoramentos necessários no IF-BrM.

7) Políticas Públicas impactadas pelo instrumento único de avaliação da deficiência.

Todos de acordo com a sequência de itens, deu-se início às considerações do grupo.

Tópico 01 foi consenso sobre o conceito da deficiência já existente na LBI;

Tópico 02 foi consenso que o período de longo prazo de 02 anos seria o ideal, buscando um novo mecanismo para aplicação de concessão temporária;

Tópico 03 foi consenso postergar a discussão para futuras reuniões;

Tópico 04, foi consenso que esse item seja discutido posteriormente na próxima reunião do dia 25.09 para definir se leva esse ponto que a discordância ou não para o GTI; sugeriu-se que seria interessante trazer mais um especialista na área da especificidade para que possa trazer uma melhor visão a respeito;

Tópico 05, foi consenso que há necessidade de mais estudos de aplicação em situação real e para isso demanda-se mais tempo devido a situação de pandemia; caso não seja possível a realização da avaliação de forma virtual insistir nas simulações de forma presencial;

Tópico 06, foi consenso que será postergado a discussão para próxima reunião do GTE;

Tópico 07, foi consenso que será postergado a discussão para próxima reunião do GTE.

Encerradas as considerações dos participantes passou-se para os encaminhamentos.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- Envio de nova proposta de pauta.
- Encaminha proposta de fluxo com as apresentações;
- Discutir o tópico 4, 6 e 7 na próxima reunião.
- Consultar os órgãos sobre aplicação do instrumento nas políticas;
- Pensar como viabilizar os estudos para o tópico 5;

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

5ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 25 dias do mês de setembro de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 5ª Reunião Ordinário do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	**Órgão/Entidade**
Angelo Roberto Gonçalves	Ministério da Saúde
Maria Dilma	Ministério da Saúde
Moisés Bauer Luiz	CONADE
Ana Claudia Mendes de Figueiredo	CONADE
Liliane Cristina Bernardes	MMFDH

E os convidados:

Nome	**Órgão**
Heleno Rodrigues Correa Filho	Pesquisador
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior	Especialista
Fernando Gallego Dias	Auditor-Fiscal do Trabalho - Secretaria do Trabalho
José de Oliveira Costa Filho	Perito Médico Federal - Secretaria de Previdência
Orion Sávio Santos de Oliveira	Coordenador-Geral de Benefícios de Risco e Reabilitação Profissional - Secretária de Previdência
Miguel Abud Marcelino	Professor e pesquisador do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social - Nippis (Coppex/Unifase-FMP e Lis/Icict/Fiocruz)
Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho

Lívia Barbosa Pereira	Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UNB)
Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Mariana Martini Motta	Procuradora Federal - Passo Fundo
Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
Hugo Porto	CONADE
Ana Paula Nedavaska	MMFDH
Josué Ribeiro	MMFDH

Liliane Bernardes inicia a reunião cumprimentando a todos os presentes e apresenta a proposta de pauta abaixo para deliberação e aprovação dos presentes:

1. 10h - Abertura

- 10h as 12h: Discussão sobre fluxo de avaliação apresentado pelo MMFDH na reunião passada.
- 15h as 16h: Continuação da discussão dos pontos pendentes do relatório ao GTI.

Antes do início efetivo da reunião, a Coordenadora do Grupo, Liliane Bernardes, trouxe ao grupo alguns informes importantes, o primeiro foi sobre a solicitação feita ao Ministério da Saúde sobre a indicação de especialista para tratar da especificidade e sensibilidade do instrumento, informa que, devido as ações para o combate a Pandemia do Covid-19, o Ministério não pode fazer essa indicação. Então buscou-se indicação da Fio Cruz de profissionais capacitados para realizar essa apresentação. A Fio Cruz fez diversas indicações porém não foi possível que fosse realizado a escolha do profissional até a presente data devido a não indefinição do perfil para escolha, e também devido o retorno do Ministério da Saúde ter se dado no inicio da semana e só depois foi possível a busca por alternativas.

O segundo informe foi que a pedido da Secretária Executiva do GTI, Tatiana Alvarenga, Liliane Bernardes participou da ultima reunião do GTE do Impacto Orçamentário com o intuito de se ter uma visão mais geral dos grupos e verificar se está havendo alguma sobreposição e/ou retrabalho entre os dois grupos. O que pode ser verificado.

Com isso, a SE do GTI sugeriu a criação de um subgrupo misto com integrantes dos dois grupos especializados, para juntar forças e levar o melhor trabalho para subsidiar as decisões do GTI. Colocada a proposta para avaliação e deliberação dos participantes, sendo essa aceita e já passou-se para a indicação dos representantes desse GTE no Subgrupo misto, a saber: Carina Melatto Floriano do Ministério da Cidadania; Professor

Miguel Abud do MMFDH, Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela do MMFDH e José Oliveira Filho do INSS.

Voltando ao ponto da indicação do especialista, Liliane informa que irá encaminhar aos participantes do GTE as indicações recebidas da Fio Cruz para que possam se manifestar a respeito da escolha do melhor perfil.

Superada a parte de informes, passou-se para o primeiro ponto de pauta que é a Discussão sobre o fluxo de avaliação apresentado pelo MMFDH na reunião passada, onde cada participante se inscreve e comenta a respeito definido o melhor fluxo.

Não exaurido todos os pontos dessa discussão até o teto do horário, o grupo pontuou a importância e a necessidade de termina-los no período da tarde.

Iniciado as 15h, como previsto, Liliane reinicia a reunião apresentando o fluxograma com as alterações que até o momento estavam pactuadas e passou a palavra aos inscritos na reunião do período da manhã e não houve tempo para participarem.

Com isso, foi amplamente discutida a questão específica sobre o impedimento de longo prazo e não houve consenso entre os participantes sobre a fixação do período de 2 anos.

Avançando no fluxograma, discutiu-se como seria feito o aprofundamento das etapas que ainda não puderam ser discutidas e avaliação dos critérios adicionais para cada uma das políticas.

Encerradas as considerações dos participantes passou-se para os encaminhamentos.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- CONADE possa trazer uma proposta em relação ao Impedimento de Longo Prazo, visto que não houve consenso com relação a fixação do prazo de 02 anos apesar de o restante dos participantes concordarem com essa fixação.
- Ministério da Economia trazer proposta de inclusão de fatores ambientais ao estudo do IFBRM.
- Voltar a discutir a especificidade e a sensibilidade do instrumento.
- Definir as questões do fluxo para apresentação na Reunião do GTI no próximo dia 13/10/2020.
- Desatrelar a pessoa com deficiência a pessoa que vai solicitar o BPC.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

6ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 01 dias do mês de outubro de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 6ª Reunião Ordinário do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	**Órgão/Entidade**
Liliane Cristina Bernardes	MMFDH
Patricia Ramos	Ministério da Economia
André Rodrigues Veras	Ministério da Cidadania
Ângelo Gonçalves	Ministério da Saúde
Moisés Bauer	CONADE
Ana Cláudia Figueiredo	CONADE

E os convidados:

Nome	**Órgão**
Heleno Rodrigues Correa Filho	Pesquisador
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior	Especialista
Fernando Gallego Dias	Auditor-Fiscal do Trabalho - Secretaria do Trabalho
José de Oliveira Costa Filho	Perito Médico Federal - Secretaria de Previdência
Orion Sávio Santos de Oliveira	Coordenador-Geral de Benefícios de Risco e Reabilitação Profissional - Secretária de Previdência
Miguel Abud Marcelino	Professor e pesquisador do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social - Nippis (Coppex/Unifase-FMP e Lis/Icict/Fiocruz)

Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho
Lívia Barbosa Pereira	Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UNB)
Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Mariana Martini Motta	Procuradora Federal - Passo Fundo
Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
Ana Paula Nedavaska	MMFDH
Josué Ribeiro	MMFDH

Liliane Bernardes inicia a reunião cumprimentando a todos e passa a fala ao Sr. Orion que apresenta a senhora Patricia Ramos como representará o Secretário Leonardo Rolim na reunião de hoje, revezando com o secretário Rolim nas participações nas reuniões, buscando sempre haver representação do INSS. Senhora Patricia Ramos se apresenta e passa a palavra a Liliane Bernardes para que possa realizar alguns informes enquanto aguarda a entradas dos demais participantes na reunião.

Liliane faz um pequeno resumo sobre o subgrupo misto e informa que já foram indicados os 04 (quatro) integrantes do GTE Orçamento para composição desse subgrupo, a saber: Bernardo Patta Schettini, Coordenador do GTE Orçamento; Alessandro Roosevelt Silva Ribeiro, Thaís Riether Vizioli, todos representando o Ministério da Economia e Wederson Rufino dos Santos, representante do CONADE. Dessas indicações ainda estão pendentes de confirmação o Senhor Alessandro Roosevelt Silva Ribeiro e o Senhor Wederson Rufino, porem essas confirmações deverão ser realizadas até o final do dia de hoje. E a partir daí os trabalhos do subgrupo poderão ser iniciados.

O objetivo desse subgrupo misto é a realização de dois estudos, um estudo de simulações com a base de dados e outro estudo amostral no INSS, para aplicação prática dos dois instrumentos (IFBRm e BPC), e o desenho desses estudos serão feitos a partir do desenho desse subgrupo misto.

Com isso, também será necessário a alteração do cronograma de atividades do GTE do Instrumento visto que algumas das atividades, que necessita de uma dedicação maior, ficará a cargo desse subgrupo misto e apresentado aos GTEs.

Finalizado os informes, iniciou-se a apresentação do cronograma atualizado do GTE do Instrumento, contendo as atividades já realizadas e as atividades que deverão ser realizadas pelo subgrupo misto que são 1) Estudos Comparativos IFBrM e Instrumento do BPC; 02) Avaliação biopsicossocial da deficiência aplicada às políticas públicas, e; 3) Métrica da constatação da deficiência para acesso a políticas, benefícios e serviços, porém sem datas ainda, devendo ser definidas pelo subgrupo.

Nosso tralho hoje e para a próxima reunião (08.10.2020) será o fechamento do relatório a ser apresentado ao GTI, com reunião já marcada para o dia 13 de outubro de 2020. Dando

sequencia à discussão sobre a análise do instrumento, iniciada dia 10.09.2020, necessário fechar os pontos que são consenso e, os que não são consenso serão levados para deliberação do GTI. Seguindo nas discussões que já estavam previstas anteriormente, no dia 04.11 deverá ser apresentado o ultimo relatório ao GTI, sendo este o prazo regulamentar de 90 dias para o funcionamento do GTI e, não sendo possível o término das atividades, será solicitado um período de prorrogação para que também possa ser discutido o desenho e Sistema de Tecnologia da Informação para a Proposta de Sistema Único de Avaliação da Deficiência. De toda forma, Liliane traz proposta de prorrogação do prazo de vigência do GTI por mais 90 dias pois, devido a necessidade da realização do estudo da base de dados e do estudo amostral, com uma proposta para aplicação em aproximadamente 5000 pessoas, que será desenvolvido pelo subgrupo misto, não será possível o cumprimento do prazo regulamentar de 04.11.2020, para que seja possível terminar todos os estudos necessários para dar o respaldo ao GTI para tomada de decisão.

A senhora Lailah propõe acrescentar uma reunião na semana do dia 30, que só tem um dia marcado, para discutir a parte de TI. Ficando acordado de trazer essa definição de data para o período da tarde, tendo como sugestão o dia 26.10.2020.

O representante da AGU, Luis Cláudio, pergunta se nas reuniões do GTI os demais participantes dos GTEs possam participar como ouvinte, Liliane responde que não sabe dar certeza, mas que não vê qualquer problema com essa participação como ouvinte.

Sem mais observações sobre o cronograma passou-se para a deliberação dos pontos definidos e não definidos para o relatório ao GTI.

Ana Claudia, sugere que seja separada do fluxograma a parte referente aos critérios adicionais de cada política, por entender que nesse momento a pessoa já foi avaliada como pessoa com deficiência ou não, e o enquadramento na política já não faz parte da avaliação e sim seria uma sequência para ter acesso ou não a determinada política.

Izabel Maior, comenta que o termo impedimento de longo prazo surgiu na convenção da ONU após discussão onde não foram consideradas as situações temporárias como pessoa com deficiência, e por isso surgiu essa expressão de impedimento de longo prazo. Sugere que seja retirada a expressão “de longo prazo”, mantendo a constatação do impedimento.

Orion pergunta se foi definida a interação entre as etapas apresentadas e Liliane esclarece que essa interação ainda não foi discutida pelo grupo, mas que será na próxima tela.

Lailah sugere que seja feita uma observação formal sobre as situações temporárias para que o grupo de Normas possam verificar os critérios para situações permanentes e situações temporárias.

Carina argumenta que as informações apresentadas no fluxograma referente a politica do BPC com os critérios de miserabilidade e vulnerabilidade deixa brecha para dúvidas sobre o entendimento e sugere que seja retirado do fluxograma para que não surja duvidas de entendimento. Liliane explica que a intenção era apenas para exemplificar, mas que será retirado conforme pedido.

Ana Claudia corrobora com a argumentação de Carina concordando com a retirada dessa informação no fluxograma.

Finalizando o grupo consenso que os dois últimos itens da tela devam ser mais bem redigidos de forma a ficar claro a separação das etapas de avaliação e de critérios para cada política.

Lailah sugere que a informação dos critérios de cada política possa ser verificada na parte inicial da avaliação de forma a não impactar no resultado, mas que essas informações possam ser guardadas e possam ser utilizadas futuramente sem que a pessoa precise ser “avaliada” novamente.

Sugere-se também que seja levada ao Grupo de Normas, a discussão sobre a Lei do Autismos que usa o diagnóstico para considerar a pessoa como pessoa com deficiência e, no caso de pessoas com boa inclusão, o autista poderá inclusive se recusar a ser avaliado como pessoa com deficiência, além daqueles que defendem que pessoa com o Espectro Autista tenha uma garantia legal de reconhecimento da deficiência independentemente da avaliação, abrindo prerrogativa para outras deficiências.

Dr. Izabel alerta sobre o beneficiário da Pensão por Talidomida que se trata de uma indenização devido o uso do medicamento durante a gestação que causou deformações estruturais nos bebes, pois não há como alterar a Lei que determina a pensão por talidomida. Onde o requerente da pensão não seja avaliado pelo instrumento, por se tratar de caráter indenizatório, mas que para as demais politicas da pessoa com deficiência, o requerente necessitaria de avaliação pelo instrumento, Ana Claudia e Carina concordam com a observação.

Miguel Abud comenta que para aplicação de políticas de pessoas com deficiência deve-se ter de forma bem claro o conceito de pessoa com deficiência para que não se cometa o erro de beneficiar pessoas q estejam em uma situação temporária de deficiência, e por isso que a definição de longo prazo é de extrema importância. Ele defende que não se pode fechar os olhos para as situações temporárias, mas que essas situações sejam encaminhadas às políticas que não sejam específicas para a pessoa com deficiência, fazendo um recorte crítico do que é pessoa com deficiência.

Com relação a Política de Prioridade na devolução do IR e Isenção do IRPF, o grupo entende que essa Lei foge do escopo da pessoa com deficiência e sugere-se que seja feita a separação na expressão ficando a) Prioridade na devolução do IR; e b) Isenção do IRPF, pois são termos legais distintos e um roll de abrangência distintos, visto que a devolução é específica para os diagnósticos descritos na Lei. Essa questão será levada também ao Grupo de Normas e para o GTI para discussão futura.

Finalizando, foi excluído o item sobre a pensão por talidomida e a Isenção do IRPF, por entender não se tratar de política específica para a pessoa com deficiência.

Passando para os pontos não definidos pelo grupo, o relatório sobre os problemas apontados em relação ao IFBR-A, será trazido pelo Senhor José Oliveira Filho pois mais dados estão sendo analisados.

Quanto a constatação do impedimento, Senhor José Oliveira Filho trará também um comparativo entre os três instrumentos (CIF, IFBR-A e BPC) para apresentação na próxima reunião e alinhamento dos conhecimentos.

Quanto a definição do impedimento de longo prazo, em resumo o grupo entendeu que não houve consenso com relação ao prazo e, por esse motivo será levado ao GTI para deliberação de duas possibilidades, a saber: a) 2 anos para todas as políticas, excepcionalmente com possibilidade de prazo menor a depender do prognóstico/situação conforme definido pela equipe multi/interdisciplinar; ou b) variável, a depender da política.

Devido ao teto estabelecido, a reunião foi encerrada as 12h para intervalo de almoço, sendo retomada as 15h para continuidade.

No período da tarde, definiu-se a data do dia 26.10.2020, período da manhã e tarde, para apresentação dos resultados do subgrupo misto.

Seguindo, Liliane trouxe apresentação e fluxograma atualizados com as sugestões trazidas pelo grupo. Ficando como encaminhamento esclarecimentos sobre 05 políticas que constam como sendo impactadas pelo instrumento, porém não necessitam de uma certificação da deficiência para se ter acesso.

Nos pontos não definidos pelo grupo, foi identificado a) problemas apontados em relação ao IFBr-A (estudos em aprimoramento); b) Especificidade do IFBrM (estudos de simulação e amostral – subgrupo misto); c) Constatação do impedimento – possibilidades: Formulário da

CIF (apresentação na próxima reunião – José Oliveira); d) Definição do impedimento de longo prazo – possibilidades: i) 2 anos para todas as políticas, excepcionalmente com possibilidade de prazo menos a depende do prognóstico/situação conforme definido pela equipe multi/interdisciplinar; ou ii) variável, a depender da política; e) foi incluída a questão dos fatores ambientais trazida pelo Ministério da Economia na pessoa do senhor Orion que alega preocupação de que o instrumento precise trazer essa informação de forma mais detalhada para que as políticas públicas possam utilizar, evitando assim que se haja nova avaliação do requerente. Porém, parte do grupo entende que esses fatores ambientais estão mensurados no instrumento e outra parte entende que não, e por esse motivo deveria ser levado para deliberação do GTI visto que não há consenso.

Encerradas as considerações dos participantes passou-se para os encaminhamentos.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- Apresentação do Ministério da Economia sobre um comparativo dos formulários da CIF, IFBr-A, IFBrM e BPC, para constatação do impedimento.
- Ministério da Cidadania e Ministério da Saúde poderiam trazer esclarecimentos sobre 05 políticas que constam como sendo impactadas pelo instrumento, porém não necessitam de uma certificação da deficiência para se ter acesso.
- Enviar minuta do relatório para avaliação do GTE para apresentação ao GTI.
- Solicitar prorrogação de prazo devido a necessidade do aporte dos estudos, junto ao GTI.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

7ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 08 dias do mês de outubro de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 7ª Reunião Ordinário do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	**Órgão/Entidade**
Liliane Cristina Bernardes	MMFDH
Ana Cláudia Figueiredo	CONADE
Patricia Ramos	Ministério da Economia
André Rodrigues Veras	Ministério da Cidadania

E os convidados:

Nome	**Órgão**
Heleno Rodrigues Correa Filho	Pesquisador
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior	Especialista
Fernando Gallego Dias	Auditor-Fiscal do Trabalho - Secretaria do Trabalho
Orion Sávio Santos de Oliveira	Coordenador-Geral de Benefícios de Risco e Reabilitação Profissional - Secretária de Previdência
Miguel Abud Marcelino	Professor e pesquisador do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social - Nippis (Coppex/Unifase-FMP e Lis/Icict/Fiocruz)
Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho
Lívia Barbosa Pereira	Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UNB)

Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Mariana Martini Motta	Procuradora Federal - Passo Fundo
Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
Priscilla Gaspar	MMFDH
Sérgio Nogueira	MMFDH
Josué Ribeiro	MMFDH
Dannia Vasconcellos	MMFDH
Josierton Bezerra	Ministério da Economia

Liliane Bernardes inicia a reunião cumprimentando a todos e, enquanto aguarda a entrada dos demais participantes na reunião, informa que foi enviado uma minuta de Relatório dos Trabalhos desse GTE, e foi recebido na noite do dia 07.10.2020, um relatório que consolida as considerações dos Ministérios da Cidadania E Economia e INSS. Porém, não houve tempo hábil para analisar os documentos, sugerindo-se que, nesse período da manhã, seja realizado uma leitura desses apontamentos para que possa ser analisado e discutido pelo grupo e, no período da tarde, tente-se ajustar o relatório de forma a contemplar as manifestações do GTE.

Como os documentos de minuta do relatório, o com as manifestações do Ministério da Cidadania, Ministério da Economia e INSS, com os apontamentos feitos pela Lailah, não pode ser compartilhado com todos os participantes antes dessa reunião, decidiu-se por suspender a reunião no período da manhã para envio dos documentos para os e-mails dos participantes, para leitura individual e retornar no período da tarde para discussão mais efetiva a respeito. Também será enviado documento produzido pela UNB para melhor compreensão de todos e analise.

Retomada as discussões no período da tarde, Liliane informa que não haverá participação dos representantes do Conade, UNB, e alguns outros participantes do GTE, decidiu-se que será encerrada a reunião com o encaminhamento de se realizar um compilado geral de todas as sugestões, compartilhar com todos ainda na data de hoje e receber novamente novas ponderações até o dia 14.10.2020, para nova compilação e discussão para a próxima reunião já marcada para o dia 16.10.2020.

Luiz Claudio sugere que seja aplicado o IFBRM nos participantes do GTE, para melhor compreensão do funcionamento do instrumento. Sugere também que seja fixado um horário para envio das sugestões. Foi fixado o horário das 14h.

Orion sugere que conste no relatório as divergências conceituais do grupo e o registro das posições diferentes quando existirem, separando o que é realmente dissenso e o que é complemento de informação.

Ao final, Liliane pede questão de ordem e relembra a todos que no decreto do GTI tem consta uma vedação quanto as informações e documentos produzidos pelos GTEs.

Não havendo mais contribuições passou-se para as deliberações.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- Enviar até dia 14.10.2020 sugestões para o relatório compilado para finalizar no dia 16.10.2020.
- Liliane enviará na data de hoje o compilado já existente aos participantes do GTE.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

8ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 16 dias do mês de outubro de dois mil e vinte (2020), às 10 horas, foi realizada a 8ª Reunião Ordinário do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	**Órgão/Entidade**
Liliane Cristina Bernardes	MMFDH
Ana Cláudia Figueiredo	CONADE
Moisés Bauer Luiz	CONADE
Patricia Ramos	Ministério da Economia
André Rodrigues Veras	Ministério da Cidadania

E os convidados:

Nome	**Órgão**
Heleno Rodrigues Correa Filho	Pesquisador
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior	Especialista
Orion Sávio Santos de Oliveira	Coordenador-Geral de Benefícios de Risco e Reabilitação Profissional - Secretária de Previdência
Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho
Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC

Liliane Bernardes inicia a reunião cumprimentando a todos e apresentando documento prévio do relatório a ser apresentado ao GTI com a compilação das contribuições dos participantes. Sugere que seja feita a discussão de cada item pendente e os dissensos a serem apresentados no relatório.

Orion pede a palavra e sugere que seja feita a leitura em conjunto do documento visto que ele relata não ter recebido as contribuições dos participantes previamente e informa que não houve tempo para leitura mais aprofundada do documento.

Liliane sugere então que se faça uma leitura geral do documento e insiste que o ideal seria trabalhar no texto final ainda nesse período da manhã.

Andre Veras pede a palavra para corroborar com a opinião do Orion pedindo que a reunião seja interrompida para leitura do relatório e retomada a reunião no período da tarde.

Ana Cláudia pede a palavra e sugere que façamos a analise dos comentários destacados e discuta esses pontos.

Liliane, então, consulta a todos sobre a possibilidade de apresentar a visão geral do relatório e, se caso for necessário, a interrupção para leitura será feita. Sem objeções por parte dos participantes, iniciou a apresentação geral do documento passando pelos pontos que tiveram contribuições.

Orion relata que não há divergência com relação ao conceito da deficiência e sim com relação ao modelo de avaliação.

Ana Cláudia sugere a retirada da palavra conceito do item e acrescentar no texto a informação que não há discordância com relação ao conceito da deficiência conforme expresso na LBI.

No item seguinte Orion havia sugerido que os itens dos incisos da LBI deveriam ser valorados separadamente, mas não por instrumentos separados para cada item. Seria a aplicação de uma medida para cada item separadamente. Com isso o texto foi definido em "... deveriam ser mensurados todos os elementos a seguir descritos...".

Passando-se para o próximo ponto de divergência, referente a mensuração ou não dos fatores psicológicos e pessoais, uma parte do grupo considera que a mensuração acabaria sendo realizada de forma segregada, o que eles afirmam não conhecer instrumento que o faça. Já a outra parte do grupo afirma que há informações na matriz de atividades e participação do IFBr-M que podem ser utilizadas para contemplar esses critérios.

Com relação ao impedimento de longo prazo, há duas linhas distintas de pensamento onde uma parte do grupo afirma que esse prazo deveria ser o mesmo para todas as políticas, enquanto a outra parte do grupo afirma que deveria haver prazos diferentes de acordo com cada política.

No tópico Problemas encontrados na análise dos dados da LC nº 142, de 2013, que utiliza o instrumento IFBr-A; com relação a aplicação do IFBr-A em situações de impedimento progressivo ao longo dos anos de trabalho, trabalhador que tenha quadro de hemiparesia e marcha por 15 anos e posteriormente passe a usar cadeira de rodas por 5 anos. Como será valorado? Essa questão será trazida posteriormente pelos peritos do INSS.

No item sobre a comparação do IFBr-A e IFBr-M, o grupo entende que não há possibilidade de comparação, pois são instrumentos com matriz diferente, público diferente e inclusão da deficiência mental que também não é contemplada no IFBr-A, e por esse motivo foi necessário a criação de um novo instrumento.

Será levado ao subgrupo misto a questão de qual o índice de especificidade e sensibilidade do BPC, pois essa informação ainda não é conhecida pelo GTE do Instrumento.

É consenso do grupo que a discussão sobre judicialização em caso de coexistência de dois instrumentos no caso de implantação gradual deve ser passada ao GTE de Normativos para analise mais aprofundada sobre o assunto.

Finalizada a primeira análise do relatório a ser apresentado, encerrou-se a reunião no período da manhã com a proposta de retorno no período da tarde para discussão de pontos que ainda necessitam de melhor contextualização.

No período da tarde, a discussão inicial se baseou na permanência ou não de gráficos que apresentam dados referente ao desempenho dos instrumentos. Uma parte do grupo entende que os gráficos trazem confusão no entendimento de como funciona o IFBr-M. Já outra parte do grupo entende que não, que os gráficos trazem dados importantes para a argumentação sobre o que vem sendo discutido no GTE.

André Veras reafirma a necessidade de manutenção dos gráficos, entretanto, o restante do grupo optou pela retirada dos mesmos, de forma que, o Sr. André Veras solicitou que sua objeção constasse em ata.

Foi mantido o texto com a análise dos percentuais, e especificado que tais percentuais são apenas do IFBR-A e não do IFBR-M, que são instrumentos distintos. Também ficou definido que o titulo do item será alterado de “Problema encontrados na análise da LC nº 142, de 2013, que utiliza como instrumento o IFBR-A.” para “Análise dos dados da LC nº 142, de 2013, que utiliza como instrumento o IFBR-A questionados por parte do grupo”.

Prosseguindo, Ana Claudia Figueiredo solicita que conste tanto em ata quanto no relatório preliminar ao GTI sua discordância expressa, na condição de representante do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - Conade, quanto à proposta de validação de um novo instrumento, i) por ser incompatível com o posicionamento deliberado pelo Pleno do Conselho (Resolução nº 1/2020), após debater o tema por pelo menos 4 (quatro) anos. O Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) foi aprovado como instrumento adequado de avaliação da deficiência a ser usado pelo Governo Brasileiro, conforme prevê o Parágrafo 2º do Artigo 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (DOU de 10 de março de 2020); ii) ter tal deliberação sido pautada em pesquisa científica; iii) ter o processo político de construção do IFBr- M contado com o envolvimento de pessoas com deficiência; iv) ser resguardada a possibilidade - presente em todo modelo de ciência - de realização de todos os ajustes necessários para a concretização dos direitos da pessoa com deficiência; v) ter a especificidade / sensibilidade do IFBr-M sido definida a partir do intuito de maior inclusão de pessoas com deficiência para não cometer injustiças, e não a partir da lógica orçamentária; vi) implicar um aprofundamento da violação dos direitos humanos das pessoas com deficiência a postergação, maior ainda do que já experimentada, da regulamentação do artigo 2º da LBI e; vii) perda injustificável dos recursos públicos investidos no processo de validação do IFBr-M, uma vez que o objetivo dos representantes dos Ministérios da Economia e da Cidadania, ao defenderem uma validação complementar, não seria reduzir falsos negativos, conforme afirmado no Relatório, mas reduzir falsos positivos, visto que a inclusão de etapas adicionais, contribuiria “para melhoria da especificidade do instrumento”, o que significa ampliar as possibilidades de exclusão de quem é pessoa com deficiência. Nesse sentido, é imperioso o registro da minha discordância, como representante do Conade, a fim de que não pairem dúvidas a respeito do posicionamento desse conselho no âmbito deste GTE, caso eventualmente aprovado outro instrumento que não o IFBrM.

Essa solicitação foi aceita para constar em Ata porém a manifestação poderá ser realizada em documento a parte do Relatório e será encaminhada diretamente ao GTI pela representação do CONADE no GTI.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- Reunião prevista para o dia 22.10.2020, foi cancelada.
- Manifestações contrárias relacionadas a pontos de discordância no relatório serão enviadas diretamente ao GTI pelas representações dos órgãos no GTI.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

9ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 20 dias do mês de abril de dois mil e vinte e um (2021), às 9 horas, foi realizada a 9ª Reunião Ordinária do Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo Técnico Especializado:

Nome	**Órgão/Entidade**
Liliane Cristina Bernardes	MMFDH
Priscilla Gaspar	MMFDH
Angelo Roberto Gonçalves	Ministério da Saúde
André Rodrigues Veras	Ministério da Cidadania

E os convidados:

Nome	**Órgão**
Marcius Crispim	MMFDH
Bernardo Schettini	Assessor - Secretaria de Previdência
Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho
Luís Claudio da Silva Rodrigues Freitas	Procurador do Banco Central - Procuradoria-Regional do Banco Central no Rio de Janeiro (PGBC/PRERJ)
Miguel Abud Marcelino	Professor e pesquisador do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social - Nippis (Coppex/Unifase-FMP e Lis/Icict/Fiocruz)

Liliane Bernardes inicia a reunião cumprimentando a todos e apresentando a pauta para deliberação a saber:

Pauta:

- Abertura
- Continuidade dos trabalhos do GTE
- Proposta de cronograma de trabalho

- Apresentação de comparativo internacional sobre avaliação da deficiência
- Discussão
- Encaminhamentos
- Encerramento

Sem manifestações contrárias à pauta apresentada deu-se início à apresentação sobre a retomada dos trabalhos do GTE onde Liliane relembra que o Grupo de Trabalho foi instituído pelo Decreto nº 10.415/2020 e que no seu Artigo 2º diz que compete ao grupo formular propostas sobre:

i. Ato normativo para regulamentar o art. 2º da Lei 13.146, de 6 de julho de 2015, que conterá os instrumentos e o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência; e
ii. A criação e alteração de atos normativos necessários à implementação unificada da avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.

Liliane informa que ouve algumas alterações na composição do Grupo Técnico Interministerial - GTI, onde a coordenação feita pelo MMFDH que antes era feita pela Secretária Executiva Tatiana Alvarenga, passa agora a ser realizada pela Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Priscilla Gaspar; continua a estrutura de secretaria executiva do GTI no MMFDH; e a composição dos representantes continua a mesma com alterações em alguns suplentes e membros representantes dos Ministérios.

Informa também que o GTE sobre o Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial retoma seus trabalhos, o GTE sobre o Impacto Orçamentário Financeiro do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial encontra-se com suas atividades suspensas e que o GTE sobre Atos Normativos está em processo de formalização.

Avançando com os informes passou-se para a apresentação de proposta de cronograma de trabalho do GTE sobre o Instrumento levando à deliberação do grupo.

Sem manifestações contrárias ao cronograma proposto, passou-se para a apresentação sobre o comparativo internacional sobre a avaliação da deficiência, em que Liliane Bernardes fez uma breve explicação sobre os modelos de alguns países produzida por uma associação de especialistas da união europeia, trazendo alguns modelos de avaliação da deficiência que existem. Posteriormente falou-se sobre a experiência de alguns países que usam o modelo médico para avaliação da deficiência em crianças, se aprofundando um pouco mais no modelo francês que é o mais indicado pela associação europeia de especialistas.

Após apresentação foi aberta a palavra para comentários e questionamentos a respeito por parte dos participantes da reunião.

Bernardo pede a palavra e parabeniza pela apresentação comentando que será necessária uma melhor compreensão para que seja possível aplicação na realidade brasileira e questiona se a ideia é tentar instituir um plano personalizado de compensação? Liliane esclarece que não para esse momento, sendo bem realista em relação ao prazo de funcionamento do GTI. Que o objetivo era trazer informações sobre outros modelos aplicados para que possa aprimorar o modelo a ser proposto para o Brasil posteriormente, tendo em vista que não haverá tempo hábil para isso dentro do prazo de atividades do GTI, que é 30 de setembro de 2021. E lembra que o GTE não é só do instrumento, mas também do Modelo Único e que também precisa ser tratado no GTE.

Bernardo continua sua fala comentando que entendeu que o sistema apresentado é completo e complexo que visa fazer uma avaliação bastante abrangente do indivíduo mas, por outro lado ele avalia que a principal dificuldade de aplicação desse modelo francês na realidade brasileira seria o fato de que não possuímos uma diferenciação nas regras de elegibilidade por diferentes benefícios ou serviços de acordo com a gravidades e acredita não poder ser possível alterar isso agora. E, para a apresentação de uma proposta mais realista, seria tentar extrair alguns elementos que são importantes para a proposta brasileira e tentar introduzi-los no modelo único.

Em seguida Dr. Miguel Abud, pede a palavra e corrobora com as opiniões de Bernardo em relação a dificuldade de aplicação do modelo francês no curto prazo devido sua complexidade e o prazo de 30 de setembro para encerramentos dos trabalhos do GTI. Complementa que, levando em consideração o sistema francês, que a seu ver é o modelo de referência atualmente, visto ser o mais completo, aparentemente podemos estar muito distantes mas, na prática tanto o IFBR quanto o BPC já se utilizam de vários elementos que são captados no sistema francês. Porém, esse sistema é aplicado na Europa com a utilização de uma equipe multiprofissional que capta essas informações para subsidiar a decisão do Comitê Multiprofissional, valorizando quem dá assistência, quem está acompanhando, quem está fazendo o tratamento dessas pessoas nas suas diferentes faixas de idade, e toda essa informação é valorizada. Ao contrário do que acontece no Brasil, onde as informações chegam por meio de relatórios médicos e só depois passam para avaliação do médico e do assistente social. Mas o que se percebe no sistema francês é que ele registra absolutamente tudo e registra de forma detalhada a atividade de participação, mas não gradua. Ou seja, o sistema avalia que em determinada situação de avaliação, se determina a existência de uma gravidade, a pessoa não se torna elegível ou não elegível a partir de uma alteração em se corpo, mas as alterações em seu corpo são devidamente registradas porque elas serão determinantes para as modalidades de benefícios que serão necessárias. Então a gravidade está nesses registros e não na avaliação de um profissional que determinará se a pessoa é ou não mais grave que outra. Considerando-se o grande espectro de possíveis avaliações em um único CID, isso dificulta a realização de uma avaliação mais justa. Já no modelo francês a graduação acontece não na avaliação de estrutura do corpo, mas sim na atividade de participação contemplando-a de forma mais eficiente. Com isso, conclui que temos a oportunidade de aprimorar os registros de atividade de participação, fatores ambientais e também fatores pessoais, para dar subsídios tanto para quem irá fazer a avaliação tanto para a comissão que irá decidir pela concessão ou não do benefício ou serviço, caso adotemos o modelo francês no futuro. Complementa que o desafio que temos no momento é ter, no processo de avaliação, uma forma de registrar com detalhes todas essas condições que permeiam, isto é, as alterações de funções de estrutura, diagnóstico quando tiver, fatores pessoais e fatores ambientais. O que é observado tanto no IFBR quanto no BPC, porém o BPC gradua três dimensões e a critério dos profissionais, sendo que duas delas são bastantes subjetivas e dificulta a avaliação. Já no IFBR e no modelo francês a vantagem que se tem é que se adota quatro níveis e dificilmente as pessoas irão errar na avaliação pois são muito claras as formas como se gradua.

Marcius pede a palavra e comenta que as avaliações existentes consideram mais importante a atividade de participação de cada indivíduo, seguido pela funções e estrutura do corpo e fatores ambientais, como foi trazido pela apresentação realizada e concorda com o Bernardo que não há como aplicar todo o modelo francês aqui pois precisaríamos de mais tempo e uma estrutura de políticas públicas anterior consolidada para atingir o marco como o francês. Mas pode-se

pegar essa experiência e trazer como melhorias para o IFBr-M, na tentativa de se alcançar uma proposta de instrumento mais referendado.

Lailah pede a palavra e fala sobre o Fuzzy e o modelo francês. Há uma semelhança entre eles sendo que no nosso é separado por impedimento específico como o caso de surdez antes dos seis anos, mas aquela que trata das atividades de participação, ela dá um peso maior para algumas atividades conforme o impedimento. No IFBr-M é separado pelo impedimento e no francês não; e no francês é capacidade e no IFBR-M é desempenho. Mas de toda forma é uma maneira de modular e dar um peso maior para aquelas que são mais importantes para funcionalidade da pessoa.

Miguel pede a palavra para fazer uma observação quanto ao grande desafio que temos em relação a se deparar com situações em que haverá pessoas que apresentam alterações passíveis de serem reconhecidas só que não necessariamente elas serão consideradas elegíveis. Então, não significa que aquelas pessoas que deixaram de receber o benefício não necessitariam de algum suporte. No BPC, mais especificamente, percebe-se que são pessoas pré-filtradas pelo recorte de renda, e é feita a avaliação de fatores ambientais, é reconhecer todas as limitações e barreiras possíveis e imagináveis que funcionam tanto para pessoas com deficiência quanto para pessoas sem deficiência. Então, por menor que seja a alteração das funções de estrutura, essas pessoas estão submetidas a condições muito adversas, mas, muitas vezes, elas não estão elegíveis para o BPC. E não significa que elas deixam de ser responsabilidade do estado, elas são. Tanto que na terceira versão do BPC, ela prevê que quando o indivíduo encontra-se em uma situação de vulnerabilidade, tanto o assistente social quando o perito sinalizam que existe uma vulnerabilidade social porque, caso o BPC não esteja sendo concedido, essa pessoa deveria ser pinçada pelo sistema para que pudesse ser encaminhada para outras ações da área social. O interessante disso é que as pessoas que se prontificam a ser avaliadas, ao não reconhecer, dar outro encaminhamento. Outra coisa que deve ficar atento é que quem faz a avaliação da pessoa com deficiência hoje, que é o próprio INSS, e que conta também com o serviço de reabilitação para os benefício previdenciários, teoricamente operacionaliza a avaliação, paga o benefício, identifica as pessoas, inclusive com potencialidade, talvez, para serem reabilitadas, só que não tem braços para reabilitar essas pessoas. É como se o benefício se encerrasse na concessão do valor que a pessoa recebe, e aí as pessoas ficam *ad eternum* recebendo. Há a proposta do BPC escola, o BPC trabalho, mas essas ações são incipientes. Então uma avaliação com esta dimensão, ela também precisa ter esse olhar voltado para a potencialidade e não só apenas para o gasto. As pessoas precisam ocupar reservas de vagas, então vamos capacitá-las porque aí elas deixam de usar o benefício porque entraram para o trabalho. Então isso aqui é uma rede e logicamente com uma dimensão enorme. Em resumo, é necessário enxergar o indivíduo como um todo e o grande desafio da implantação é registrar todas as informações desse indivíduo, na medida em que essas informações devem estar fáceis de registrar e fáceis de o sistema puxar essas informações de forma resumida onde mostra qual é a realidade desse indivíduo, quais as barreiras que foram assinaladas, quais as alterações em funções de estrutura que foram assinaladas, quais as necessidades que tem para essas alterações e quais são as características pessoais. Assim como no modelo francês que tem todas essas informações registradas.

Marcius chama a atenção para o desafio de um modelo unificado de avaliação da deficiência, lembrando que o sistema não se restringe apenas ao programa de Tecnologia da Informação, o sistema de computador propriamente dito, mas sim toda a organização que se precisa estruturar para que esse modelo de avaliação possa ser feito, como os pactos federativos, os profissionais e também a existência de um cadastro unificado dessas avaliações. Entende que a avaliação traz

também a necessidade desse cadastro unificado. Isso não poderia ficar a cargo apenas de um órgão sendo construído a várias mãos.

Liliane esclarece que trouxe esse modelo da França, mas não com a intenção de implantá-lo nesse momento e não nesse modelo, que é tão mais complexo que o nosso, visto que temos uma questão bem mais circunscrita que é a definição do instrumento e a proposta dos normativos para regulamentar esse instrumento. Mas sim para que possamos conhecer esses modelos que são mais avançados do que o nosso para percebermos que estamos em uma parte bem elementar do que seria esse sistema de avaliação da deficiência conforme a Convenção. E fala-se da Convenção porque no próximo ano o Brasil terá que apresentar o relatório do cumprimento da convenção na ONU, então um dos pontos principais que o Comitê sempre analisa é como é feita a caracterização da deficiência. Então é importante, mesmo que não implementemos um modelo tão completo como esse, que não só caracteriza a deficiência como também dá acesso ao benefício, mas que envolve todos os órgãos no acolhimento e no atendimento das demandas daquela pessoa, é importante pelo menos sinalizar isso no relatório a ser passado para a Ministra. Que além das propostas é importante sinalizar que esse é um primeiro passo para a construção de uma política muito mais abrangente. É fundamental deixar isso registrado enquanto GTE e GTI, para que no futuro isso possa ser paulatinamente implementado. E é preciso trabalhar também o modelo único pois estamos muito centrados no instrumento, mas o modelo único não está sendo tratado. Para isso propõe que sejam revistas as políticas que foram mapeadas fazendo um refinamento delas, para se saber se são essas mesmas as que entram no modelo único ou não. Propõe como tarefa para a próxima reunião, no próximo mês, realizar esse refinamento, passar política por política, avaliar se entra no modelo único ou não e até pensar no que pode ser potencializado nas avaliações. Pensar no sistema como um, todos passando pelas instituições que serão portas de entrada para a avaliação, qual equipamento público que ela vai acessar, a equipe, etc... para amadurecer essas questões e levar ao GTI para avaliação de inclusão na proposta ou não.

DELIBERAÇÕES FINAIS

- Próxima reunião prevista para o dia 18.05.2021.
- Fazer refinamento das políticas que entrarão no Modelo Único de Avaliação.
- Discutir a estrutura do sistema de rede de atendimento a ser utilizado no modelo único de avaliação.
- Encaminhar por e-mail material apresentado na reunião e planilha contendo as políticas para a pessoa com deficiência levantadas.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

1ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO DO INSTRUMENTO E MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos quatro dias do mês de setembro, do ano de dois mil e vinte (2020), às dez horas, foi realizada a 1ª Reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Impacto Orçamentário do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (GTE), em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM.

A reunião, que teve duração aproximada de duas horas, foi aberta pelo Coordenador do GTE, senhor Bernardo Patta Schettini, e contou com a seguinte proposta de pauta:

- Apresentação dos membros
- Plano de trabalho e cronograma do GT
- Planejamento da execução
- Agenda de reuniões
- Deliberações e encaminhamentos (11:30 h a 12:00)

Após apresentações iniciais, e aprovada a proposta de pauta previamente encaminhada por e-mail para todos os participantes do Grupo, foi proposto pelo Coordenador Bernardo mapear as formas de acesso do Instrumento e fazer estudos comparativos ao BPC impacto orçamentário.

Em concordância com outros participantes do grupo, foi verificada a necessidade de acrescentar ao primeiro produto proposto a descrição das políticas públicas e verificação da proposta do MMFDH.

Ficou acordado na reunião que seria disponibilizada pela ferramenta Google Drive a apresentação ministrada pelo Coordenador, acerca do Estudo do Ipea com custo de avaliação do Censo e PNS, assim como todos os materiais importantes para a execução dos trabalhos.

ENCAMINHAMENTOS:

- Na próxima reunião do GTE, fazer breve apresentação do IFBr-M (MMFDH ou CONADE)
- Políticas para PcD e como é feita a avaliação hoje em dia (MMFDH ou do CONADE)
- Metodologia de cenários para demanda por avaliações (ME apresenta o trabalho do Ipea)

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

LISTA DE PRESENÇA:

Na reunião, estiveram presentes os seguintes participantes do Grupo de Trabalho:

Ministério da Saúde	Angelo Roberto Gonçalves	Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do MS
CONADE	Gonzalo De Alencar Lopez	Conselheiro Conade
	Sérgio Ricardo Costa Caribe	

	Wederson Rufino dos Santos	Pesquisador
	Valéria Cristina Gomes Ribeiro	TCU
Ministério da Economia	Alessandro Roosevelt Silva Ribeiro	Diretor de Benefícios - INSS
	Bernardo Patta Schettini	Assessor - Secretaria de Previdência
	Manuela de Azevedo Bezerra Vitor Ramos	Coordenadora de Avaliação Macrofiscal - Secretaria de Orçamento Federal
	Thaís Riether Vizioli	Assessora - Secretaria de Previdência
MMFDH	José Naum de Mesquita Chagas	Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência
	Julia Marinho Rodrigues	Especialista em orçamento - Câmara
	Ivanilde Maria Tibola	Assessoria Técnica do Gabinete do Senador Flávio Arns.
	Marco Antonio Carvalho Natalino	Pesquisador IPEA
	James Castelo Branco Costa Filho	Advogado da União - consultoria jurídica MMFDH

AGU	Genézio Fernandes Vieira	Procurador da Fazenda Nacional no Estado da Paraíba
Ministério da Cidadania	Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
	Eli Maria Marques de Lara	Assessora da Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Governança, SE/MC
Secretaria de Orçamento Federal- SOF	Marcelo Augusto Prudente Lima	Coordenador-Geral de Estudos de Políticas Públicas - Secretaria de Orçamento Federal
Secretaria do Tesouro Nacional	Rafael Perez Marcos	Gerente de Planejamento Fiscal - Secretaria do Tesouro Nacional

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

2ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO DO INSTRUMENTO E MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos nove dias do mês de setembro, do ano de dois mil e vinte, às dez horas, às dez horas, foi realizada a 2ª Reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Impacto Orçamentário do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (GTE), em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM.

A reunião, que teve duração aproximada de duas horas e meia, foi aberta pelo Coordenador do GTE, senhor Bernardo Patta Schettini, e contou com a seguinte proposta de pauta:

Pauta:

- IFBr-M (MMFDH ou CONADE)
- Políticas para PcD e como é feita a avaliação hoje em dia (MMFDH ou do CONADE)
- Metodologia de cenários para demanda por avaliações (ME apresenta o trabalho do Ipea)

Posterior às apresentações dos participantes, o Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência, senhor José Naum de Mesquita Chagas, deu continuidade à reunião com apresentação sobre o IFBr-M e as políticas públicas já existentes para pessoas com deficiências, com o objetivo de análise do impacto orçamentário.

Em sua apresentação, o Coordenador-Geral citou alguns exemplos, dentre eles as ferramentas de acessibilidades e tecnologias assistivas utilizadas pela Senadora Mara Gabrilli, as quais facilitam no seu dia a dia. Ainda, afirmou que um dos objetivos do IFBr-M é que as pessoas com deficiência tenham acesso às políticas públicas voltadas a elas, e esclareceu dúvidas

dos demais participantes da Reunião com relação ao Instrumento apresentado.

Seguidamente, o Coordenador-Geral fez uma apresentação sobre o item 2: Políticas Públicas para Pessoa com Deficiência, e explicou como é realizada a avaliação da deficiência atualmente. A planilha apresentada fez referência a cada política pública existente e suas formas de avaliação e contemplação de benefícios sociais, levando à conclusão de que há diferenças para cada política e aplicação pelos órgãos que cuidam dessas políticas.

Diante da apresentação, foi sugerido pelo senhor Sérgio Ricardo, representante do CONADE, que seja feita a compilação de dados juntamente com as políticas que tenham características parecidas.

Na sequência, o Coordenador Bernardo iniciou a apresentação do último item da pauta, sobre Metodologia de Projeção para custos da avaliação da pessoa com deficiência e o estudo realizado pelo IPEA.

Nesse momento, alguns participantes do GTE demonstraram preocupação com o direcionamento das políticas públicas e solicitaram como encaminhamento focarem no impacto orçamentário do custo da avaliação.

DELIBERAÇÕES:

Com aprovação de todos participantes do grupo, ficou definido que as reuniões serão realizadas nas 4ª feiras no período da tarde (vespertino), para melhor aproveitamento.

Ficou acordado na reunião que o Coordenador-Geral Naum disponibilizará as apresentações feitas por meio da ferramenta Google Drive.

ENCAMINHAMENTOS:

- Apresentação do custo de cada política.
- Apresentação prática de aplicabilidade ao público da pessoa com deficiência.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

LISTA DE PRESENÇA:

Na reunião, estiveram presentes os seguintes participantes do Grupo de Trabalho:

Ministério da Saúde	Angelo Roberto Gonçalves	Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do MS
CONADE	Gonzalo De Alencar Lopez	Conselheiro Conade
	Sérgio Ricardo Costa Caribe	
	Wederson Rufino dos Santos	Pesquisador
	Valéria Cristina Gomes Ribeiro	TCU
Ministério da Economia	Alessandro Roosevelt Silva Ribeiro	Diretor de Benefícios - INSS
	Bernardo Patta Schettini	Assessor - Secretaria de Previdência
	Manuela de Azevedo Bezerra Vitor Ramos	Coordenadora de Avaliação Macrofiscal - Secretaria de Orçamento Federal
	Thaís Riether Vizioli	Assessora - Secretaria de Previdência

MMFDH	José Naum de Mesquita Chagas	Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência
	Ana Paula Nedavaska	Chefe de Gabinete
	Ivanilde Maria Tibola	Assessoria Técnica do Gabinete do Senador Flávio Arns.
	Marco Antonio Carvalho Natalino	Pesquisador IPEA
AGU	James Castelo Branco Costa Filho	Advogado da União - consultoria jurídica MMFDH
Ministério da Cidadania	Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
	Eli Maria Marques de Lara	Assessora da Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Governança, SE/MC
Secretaria do Tesouro Nacional	Rafael Perez Marcos	Gerente de Planejamento Fiscal - Secretaria do Tesouro Nacional

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

3ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO DO INSTRUMENTO E MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos dezesseis dias do mês de setembro, do ano de dois mil e vinte, às dez horas, foi realizada a 3ª Reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Impacto Orçamentário do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (GTE), em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM.

A reunião, que teve duração aproximada de duas horas e meia, foi aberta pelo Coordenador do GTE, senhor Bernardo Patta Schettini, e contou com a seguinte proposta de pauta:

- Resultado preliminar do custo de cada política e das avaliações (produto 1)
- Metodologia de análise do BPC (produto 3)

Posterior às apresentações dos participantes, o Coordenador Bernardo passou a palavra para o Gerente de Planejamento Fiscal, senhor Rafael Perez Marcos e a Coordenadora de Avaliação Macrofiscal, Manuela de Azevedo Bezerra Vitor Ramos, deu continuidade à reunião com apresentação sobre o Resultado preliminar do custo de (produto 1).

Em sua apresentação, o Gerente de Planejamento, apresentou planilha com o levantamento de custo da avaliação da deficiência e ressaltou que algumas informações eram do MMFDH.

Diante da apresentação, foi sugerido pelo senhor Bernardo, que a próxima apresentação sobre o BPC ficasse para a reunião do dia 23/09/2020 devido ao horário de encerramento da reunião.

DELIBERAÇÕES:

Com aprovação de todos participantes do grupo, ficou definido que as reuniões serão realizadas nas 4ª feiras no período da tarde (vespertino) às 15:30, para melhor aproveitamento.

Ficou acordado na reunião que o Gerente de Planejamento Fiscal, senhor Rafael Perez disponibilizará a planilha feita por meio da ferramenta Google Drive.

ENCAMINHAMENTOS:

- Metodologia de análise do BPC;
- Avaliações da pessoa com deficiência;

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

LISTA DE PRESENÇA:

Na reunião, estiveram presentes os seguintes participantes do Grupo de Trabalho:

Ministério da Saúde	Angelo Roberto Gonçalves	Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do MS
CONADE	Gonzalo De Alencar Lopez	Conselheiro Conade
	Sérgio Ricardo Costa Caribe	Conselheiro Conade
	Alessandro Roosevelt Silva Ribeiro	Diretor de Benefícios - INSS
	Bernardo Patta Schettini	Assessor - Secretaria de Previdência

Ministério da Economia	Manuela de Azevedo Bezerra Vitor Ramos	Coordenadora de Avaliação Macrofiscal - Secretaria de Orçamento Federal
	Thaís Riether Vizioli	Assessora - Secretaria de Previdência
MMFDH	José Naum de Mesquita Chagas	Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência
	Ana Paula Nedavaska	Chefe de Gabinete
	Ivanilde Maria Tibola	Assessoria Técnica do Gabinete do Senador Flávio Arns.
	Marco Antonio Carvalho Natalino	Pesquisador IPEA
AGU	James Castelo Branco Costa Filho	Advogado da União - consultoria jurídica MMFDH
Ministério da Cidadania	Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
	Eli Maria Marques de Lara	Assessora da Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Governança, SE/MC
Secretaria do Tesouro Nacional	Rafael Perez Marcos	Gerente de Planejamento Fiscal - Secretaria do Tesouro Nacional

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

4ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO DO INSTRUMENTO E MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos vinte e três dias do mês de setembro, do ano de dois mil e vinte, às quinze horas e trinta minutos, foi realizada a 4ª Reunião do Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (GTE), em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM.

A reunião, que teve duração aproximada de duas horas e trinta minutos, foi aberta pela Senhora Thaís Riether Vizioli, Assessora da Secretaria de Previdência, que propôs iniciar as apresentações pela convidada do INSS, senhora Patrícia Pinto Coutinho.

Em seguida, a Diretora do Departamento de Gestão e Relações Interinstitucionais, senhora Liliane Cristina Gonçalves Bernardes, pediu a palavra para explanar sobre a limitação do Grupo Especializado e ratificou o fato de serem sigilosos os materiais apresentados nas reuniões. Frisou que o Grupo é composto apenas por participantes e convidados autorizados, conforme o combinado no Grupo Técnico do Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial, e disponibilizou a Secretaria Executiva para eventuais dúvidas.

Posterior as apresentações e esclarecida a relação de convidados, o Coordenador do GTE, senhor Bernardo Patta Schettini, passou a palavra para a senhora Patrícia, que deu início a apresentação da Pensão RGPS dependente PCD.

A convidada falou sobre os benefícios do INSS e o fato de que a ausência de instrumento próprio para avaliação de filho e irmão com deficiência intelectual ou

mental grave, bem como de cônjuge e companheiro com deficiência (em qualquer grau), impede o reconhecimento do direito desses dependentes. Até a instituição desse instrumento próprio de avaliação, esses dependentes somente terão direito ao benefício reconhecido se estiverem enquadrados na condição de inválido.

Desde 2016, tivemos 24.298 benefícios de pensão por morte e auxílio-reclusão indeferidos por não constatação de invalidez, uma vez que atualmente só se avalia a incapacidade, todos os requerentes desses benefícios indeferidos estariam passíveis ser submetidos à avaliação da deficiência.

Ela então sanou algumas dúvidas referentes a apresentação e passou a palavra para o Coordenador Bernardo, que iniciou sua apresentação sobre Estimativas do Impacto Orçamentário no BPC.

Diante da apresentação, foi levantada por participantes do grupo a preocupação com o prazo final para apresentação final dos trabalhos e ficou aberto para os membros ajudarem na construção do trabalho.

DELIBERAÇÕES:

- Levantar a porcentagem de benefícios indeferidos e concedidos por invalidez pelo INSS.
- Custos da Avaliações e Cenários.
- Descrição dos Resultados do BPC.

ENCAMINHAMENTOS:

- Definição da próxima pauta da reunião do GTE;
- Diretora Liliane ficou de levar as considerações do Grupo GTE ao GTI para estudar a melhor estratégia para transversalidade dos assuntos em comum.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

LISTA DE PRESENÇA:

Na reunião, estiveram presentes os seguintes participantes do Grupo de Trabalho:

CONVIDADA	Patrícia Pinto Coutinho	INSS
Secretaria de Orçamento Federal- SOF	Marcelo Augusto Prudente Lima	Coordenador-Geral de Estudos de Políticas Públicas
Conade	Wederson Rufino dos Santos	Pesquisador
	Valéria Cristina Gomes Ribeiro	TCU
	Sérgio Ricardo Costa Caribe	Conselheiro Conade
Ministério da Economia	Alessandro Roosevelt Silva Ribeiro	Diretor de Benefícios - INSS
	Bernardo Patta Schettini	Assessor - Secretaria de Previdência
	Manuela de Azevedo Bezerra Vitor Ramos	Coordenadora de Avaliação Macrofiscal - Secretaria de Orçamento Federal
	Thaís Riether Vizioli	Assessora - Secretaria de Previdência
	José Naum de Mesquita Chagas	Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência

MMFDH	Ana Paula Nedavaska	Chefe de Gabinete
	Ivanilde Maria Tibola	Assessoria Técnica do Gabinete do Senador Flávio Arns.
	Liliane Cristina Gonçalves Bernardes	Diretora
AGU	James Castelo Branco Costa Filho	Advogado da União - consultoria jurídica MMFDH
Ministério da Cidadania	Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
	Eli Maria Marques de Lara	Assessora da Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Governança, SE/MC

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

5ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO DO INSTRUMENTO E MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos trinta dias do mês de setembro, do ano de dois mil e vinte, às quinze horas e trinta minutos, foi realizada a 5ª Reunião do Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (GTE), em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM.

A reunião, que teve duração aproximada de duas horas e trinta minutos, foi aberta pelo Coordenador do GTE, senhor Bernardo Patta Schettini, e contou com a seguinte proposta de pauta:

- Estimativa do número de avaliações no presente

- Indicações para subgrupo

Posterior às apresentações dos participantes, o Coordenador Bernardo iniciou apresentação de PowerPoint intitulada “Políticas e avaliações: síntese e apontamentos para GTI”.

Em sua apresentação, o Coordenador explicou que iria tratar de dois produtos: “o levantamento das políticas e sua relevância do ponto de vista orçamentário” e “o número de avaliações realizada por cada política”, dando continuidade ao trabalho do MMFDH e da equipe do Ministério da Fazenda.

Ainda, o coordenador, fez referência ao esforço para elaborar uma síntese e também um levantamento dos custos relacionados às avaliações, às estimativas de cenários para o futuro com a introdução do sistema unificado a fim de indicar o que falta e, também, ao que tem que ser feito até a próxima semana para incluir esta etapa a entrega do resultado para o GTI.

Na sequência, explicou que o planejamento do trabalho desde o início, e a modificação do sistema de avaliação da pessoa com deficiência, podem gerar duas mudanças relevantes do ponto de vista orçamentário, no custo das avaliações e na variação no público atendido por cada política.

Foi apontado que, para tentar contemplar esses fatores, o GTE fez o levantamento das políticas e de sua relevância do ponto de vista orçamentário, bem como a mensuração do custo das avaliações hoje em dia e a elaboração de cenários após a introdução do sistema unificado. Também ficou encarregado da análise da introdução do IFBr-M na ólítica do BPC destinada à PcD.

Assim, no que se refere à relevância das políticas do ponto de vista orçamentário e o custo das avaliações hoje e após a implantação do sistema unificado, foi mencionada a dificuldade de se obter valores exatos ou estimativas muito confiáveis, e que o mais importante são as ordens de grandeza e as conclusões qualitativas.

Ainda sobre a relevância do ponto de vista orçamentário, foram apontados os seguintes aspectos:

- Nem todas as políticas representam gasto direto ou renúncia de arrecadação hoje em dia:
- 14 políticas não oneram em praticamente nada o Tesouro;
- Outras quatro devem significar algum gasto, mas sua individualização é difícil e o esforço não se justifica no contexto deste trabalho, tendo em vista que não adotam qualquer forma de avaliação da PcD (e, portanto, não seriam afetadas pela introdução do instrumento e do modelo único de avaliação); e
- Duas políticas ainda não foram regulamentadas e podem vir a afetar as despesas federais no futuro.
- Benefício de Prestação Continuada da PcD (+R$35 bilhões);
- Isenção de IRPF (R$15 bilhões, sendo que uma parcela grande é destinada a pessoas acometidas por doenças diversas, mas que não são PcDs).
- Cada política tem uma fonte de informação diferente e a última informação disponível está, muitas vezes, defasada;
- Projeções (metodologias explicadas pela Fazenda e disponíveis na planilha que estão na nossa pasta no google drive) posicionam os valores no mesmo (2021).

Foram apresentadas, também, Projeções para 2021 elaboradas pelo GTE, a partir dos dados do orçamento ou de informações disponibilizadas pelos órgãos gestores das políticas, como uma maneira de posicionar todas as informações no mesmo ano.

Outras questões relevantes apontadas foram:

1. Quais políticas exigem a verificação da condição de PcD;
2. Quem financia as avaliações;
3. Tipo (médico, junta médica, biopsicossocial);
4. Número médio anual aproximado; e
5. Custo;

Sobre as políticas que exigem a verificação da condição de PcD, foi frisado que as avaliações são necessárias para a maior parte das políticas, enota-se que a avaliação não é realizada em seis das 31 políticas analisadas, seja devido à ausência de regulamentação ou porque a verificação é desnecessária . Além disso, existem também dois casos em que as avaliações são realizadas apenas para alguns tipos de atendimento; e

Além disso, entre as 23 políticas com verificação obrigatória da condição de PcD, 11 (onze) demandam a verificação financiada exclusivamente com recursos federais (INSS e SIASS); e 12 (doze) tem custeio repartido com estados, DF e municípios e podem ainda ser realizadas no setor privado.

Diante da apresentação, foi levantada, por membros do grupo, a preocupação com o prazo final para apresentação do relatório e com alguns pontos que seguem pendentes que serão discutidos na pauta da próxima reunião do GTI. Após os esclarecimentos destes pontos, será apresentado o trabalho do GTE.

O Senhor Bernardo, então, fez sua indicação dos participantes do GTE para comporem um Subgrupo, que terá 4 (quatro) participantes do GTI e do GTEs. São eles: Bernardo Patta Schettini, Alessandro Roosevelt Silva Ribeiro e Thaís Riether Vizioli, que tiveram a aprovação de todos os membros do grupo.Como quarto representante, houve a sugestão de acrescentar o pesquisador Wederson Rufino dos Santos que, como não estava presente, ficaram de entrar em contato para verificar se estava de acordo.

ENCAMINHAMENTOS:

- Minuta de Relatório;
- Indicações para subgrupo que irá trabalhar na análise exploratória do BPC;
- Agenda da próxima reunião;
- Discussão dos resultados dos produtos 1 e 2;
- Reunião com GTI.

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

LISTA DE PRESENÇA:

Na reunião, estiveram presentes os seguintes participantes do Grupo de Trabalho:

Secretaria de Orçamento Federal- SOF	Marcelo Augusto Prudente Lima	Coordenador-Geral de Estudos de Políticas Públicas
Conade	Wederson Rufino dos Santos	Pesquisador
	Valéria Cristina Gomes Ribeiro	TCU
	Sérgio Ricardo Costa Caribe	Conselheiro Conade
	Gonzalo De Alencar Lopez	Conselheiro Conade
	Bernardo Patta Schettini	Assessor - Secretaria de Previdência

	Manuela de Azevedo Bezerra Vitor Ramos	Coordenadora de Avaliação Macrofiscal - Secretaria de Orçamento Federal
	Thaís Riether Vizioli	Assessora - Secretaria de Previdência
MMFDH	José Naum de Mesquita Chagas	Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência
	Ana Paula Nedavaska	Chefe de Gabinete
	Ivanilde Maria Tibola	Assessoria Técnica do Gabinete do Senador Flávio Arns.
	Liliane Cristina Gonçalves Bernardes	Diretora
AGU	James Castelo Branco Costa Filho	Advogado da União - consultoria jurídica MMFDH
Ministério da Cidadania	Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
	Eli Maria Marques de Lara	Assessora da Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Governança, SE/MC
Secretaria do Tesouro Nacional	Rafael Perez Marcos	Gerente de Planejamento Fiscal - Secretaria do Tesouro Nacional

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

6ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO DO INSTRUMENTO E MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos sete dias do mês de outubro, do ano de dois mil e vinte, às quinze horas e trinta minutos, foi realizada a 6ª Reunião do Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (GTE), em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM.

A reunião, que teve duração aproximada de duas horas e trinta minutos, foi aberta pelo Coordenador do GTE, senhor Bernardo Patta Schettini, e contou com a seguinte proposta de pauta:

- Discussão dos resultados dos produtos 1 e 2;

- Financiamento SUS (Angelo/MS ficou de confirmar com alguém especializado, mas já estou antecipando para a secretaria que talvez teremos um expositor do MS que não participa do GTE);

Posterior às apresentações dos participantes, o Coordenador Bernardo informou os participantes que seriam feitas 2 apresentações, sendo que uma delas seria feita por ele e a outra pela convidada Técnica Lissandra Monteiro Herculano, e iniciou apresentação de PowerPoint intitulada “Novos Cenários para as Avaliações”.

Em sua apresentação, o Coordenador citou o levantamento do impacto orçamentário atual de cada benefício ou política, incluindo o ônus atual com os diferentes sistemas de avaliação existentes e da compensação de custos em virtude da desburocratização, da focalização, da revisão de benefícios entre outros.

Na sequência, explicou que nenhum cenário é recomendação do GTE, pois o objetivo é informar sobre a origem das grandes variações.

Foi apontado que, as estimativas situam-se dentro de uma margem ampla, de R$ 88,1 milhões a R$ 482,9 milhões, pois adotam-se cenários diferentes para o salário dos profissionais e a frequência de reavaliações.

Assim, no que se refere ao custo dos profissionais com as avaliações é proporcionalmente pequeno quando comparado com os valores dos benefícios e serviços.

Após a apresentação, o Senhor Bernardo sanou as dúvidas referentes à exibição e passou a palavra para a Técnica Lissandra, que deu início à sua apresentação sobre: “O financiamento do Sistema Único de Saúde e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS”.

Em sua apresentação, a Técnica citou a Portaria de Consolidação nº6, de 28 de setembro de 2017, e informou o quantitativo de usuários mensalmente atendidos e monitorados e que a média do número de usuários atendidos deve considerar o recomendado para cada modalidade de reabilitação e considerar os usuários que estão em processo de avaliação e reabilitação conforme segue:

- Reabilitação Auditiva: mínimo de 150 usuários/mês;
- Reabilitação Física: mínimo de 200 usuários/mês;
- Reabilitação Intelectual: mínimo de 200 usuários/mês;
- Reabilitação Visual: mínimo de 150 usuários/mês;

ENCAMINHAMENTOS:

- Subgrupo misto;
- Equipe deve começar a produzir sobre a política do BPC para a PcD: discussões focadas nos métodos e na execução dos estudos;
- Primeira reunião do subgrupo misto realizada no dia 05/10 e a próxima reunião agendada para 13/10;
- Encaminhamento do relatório do GTE;

Assim, não havendo nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião.

LISTA DE PRESENÇA:

Na reunião, estiveram presentes os seguintes participantes do Grupo de Trabalho:

Convidada	Lissandra Monteiro Herculano	Técnica MS
Secretaria de Orçamento Federal- SOF	Marcelo Augusto Prudente Lima	Coordenador-Geral de Estudos de Políticas Públicas
Conade	Wederson Rufino dos Santos	Pesquisador
	Valéria Cristina Gomes Ribeiro	TCU
	Gonzalo De Alencar Lopez	Conselheiro Conade
Ministério da Economia	Bernardo Patta Schettini	Assessor - Secretaria de Previdência
	Manuela de Azevedo Bezerra Vitor Ramos	Coordenadora de Avaliação Macrofiscal - Secretaria de Orçamento Federal
	Thaís Riether Vizioli	Assessora - Secretaria de Previdência
MMFDH	José Naum de Mesquita Chagas	Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência
	Ana Paula Nedavaska	Chefe de Gabinete
	Marco Antonio Carvalho Natalino	Pesquisador IPEA

	Liliane Cristina Gonçalves Bernardes	Diretora
AGU	James Castelo Branco Costa Filho	Advogado da União - consultoria jurídica MMFDH
	Eli Maria Marques de Lara	Assessora da Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Governança, SE/MC
Secretaria do Tesouro Nacional	Rafael Perez Marcos	Gerente de Planejamento Fiscal - Secretaria do Tesouro Nacional
Ministério da Saúde	Angelo Roberto Gonçalves	Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do MS

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

7ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO SOBRE O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO DO INSTRUMENTO E MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos quatorze dias do mês de outubro, do ano de dois mil e vinte, às quinze horas e trinta minutos, foi realizada a 7ª Reunião do Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (GTE), em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM.

A reunião teve duração aproximada de uma hora e trinta minutos e, logo no início, a senhora Ivanilde Maria Tibola, assessora técnica do gabinete do Senador Flávio Arns, fez questionamentos referentes à reunião anterior, os quais foram sanados pela senhora Thaís Riether Vizioli, assessora da secretaria de Previdência. Logo em seguida o Coordenador do GTE, senhor Bernardo Patta Schettini entrou na reunião e cumprimentou a todos, e informou que seria breve a apresentação, pois a reunião seria focada no relatório do GTE:

Em sua apresentação, o Coordenador citou uma breve síntese do trabalho desenvolvido até o presente momento, como:

- Políticas para PcD e relevância do ponto de vista orçamentário;
- Avaliações da PcD: número atual e projeções/cenários sob o modelo único;
- Estudos sobre possível variação no público do BPC decorrente da introdução do instrumento único proposto;

Na sequência, explicou que o objetivo da reunião era discutir o relatório que será entregue ao GTI, e que já havia encaminhado uma minuta com a prévia e incluído valores de despesas com diárias e passagens referentes à política do

BPC e adaptado os cenários para considerar os valores das remunerações dos profissionais do SUS.

Informou que para o levantamento desse trabalho desenvolvido, contou com o apoio de equipes específicas:

- do Ministério da Fazenda (para seção 2), do
- Ministério da Cidadania (para a seção 4), e da senhora Thaís/SPREV (para seção 3).

Após a apresentação, o Senhor Bernardo sanou as dúvidas referentes à exibição e deu abertura para considerações dos membros sobre o relatório, bem como sugestões. O Senhor José Naum, Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência da SNDPD, sugeriu alteração da nomenclatura do "Profissional não médico" no relatório e todos concordaram.

O senhor Gonzalo de Alencar, representante do Conade, informou que não fará mais parte do grupo do GT Orçamento e que levaria aos representantes do Conade toda discussão levantada nas reuniões do GT Orçamentário. Assim, declarou não achar oportuno se posicionar no grupo sendo membro suplente, mas que estava de acordo com o que foi apresentado até o presente momento, agradecendo assim os trabalhos do grupo e o esforço desempenhado para contemplar as considerações do Conade.

Por fim, estando os presentes de acordo com o que foi deliberado encerrou-se a reunião.

ENCAMINHAMENTOS:

- Subgrupo misto;
- Equipe deve começar a produzir sobre a política do BPC para a PcD: discussões focadas nos métodos e na execução dos estudos;
- Primeira reunião do subgrupo misto realizada no dia 05/10 e a próxima reunião agendada para 13/10 e a terceira será marcada para o dia 20/10;
- Encaminhamento do relatório do GTE;

LISTA DE PRESENÇA:

Na reunião, estiveram presentes os seguintes participantes do Grupo de Trabalho:

Conade	Wederson Rufino dos Santos	Pesquisador
	Gonzalo De Alencar Lopez	Conselheiro Conade
Ministério da Economia	Bernardo Patta Schettini	Assessor - Secretaria de Previdência
	Manuela de Azevedo Bezerra Vitor Ramos	Coordenadora de Avaliação Macrofiscal - Secretaria de Orçamento Federal
	Thaís Riether Vizioli	Assessora - Secretaria de Previdência
MMFDH	José Naum de Mesquita Chagas	Coordenador-Geral de Promoção dos Direitos das pessoas com Deficiência
	Ana Paula Nedavaska	Chefe de Gabinete
	Marco Antonio Carvalho Natalino	Pesquisador IPEA
	Liliane Cristina Gonçalves Bernardes	Diretora
	Ivanilde Maria Tibola	Assessoria Técnica do Gabinete do Senador Flávio Arns.

	Julia Marinho Rodrigues	Especialista em orçamento - Câmara
Ministério da Cidadania	Eli Maria Marques de Lara	Assessora da Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Governança, SE/MC
	Carina Melatto Floriano	Coordenadora-Geral de Gestão da Informação e Controle de Benefícios, SNAS/SEDS/MC
Secretaria do Tesouro Nacional	Rafael Perez Marcos	Gerente de Planejamento Fiscal - Secretaria do Tesouro Nacional
Ministério da Saúde	Angelo Roberto Gonçalves	Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do MS

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

1ª REUNIÃO DO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 15 dias do mês de outubro de dois mil e vinte (2020), às 17 horas, foi realizada a 1ª Reunião Ordinária do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora. Na reunião, estiveram presentes os participantes do Grupo de Trabalho:

Nome	**Órgão/Entidade**
André Studart Leitão	Ministério da Economia
Gerson Soares Pinto	Ministério da Economia
Miguel Cabrera Kauam	Ministério da Economia
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania
Liliane Cristina Bernardes	MMFDH
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Maria Tereza Feldner de Barros Araújo Cunha	MMFDH
Ana Paula Nedavaska	MMFDH
Loni Elisete Manica	MMFDH
Hugo Frota Magalhães Porto Neto	CONADE
Rebecca Monte Nunes Bezerra	CONADE
Patrícia Siqueira Silveira	CONADE
Marcos Weiss Bliacheris	AGU
Cynthia Regina de Lima Passos	AGU
Maurício Maia	AGU

Liliane Bernardes inicia a reunião cumprimentando a todos e apresentando a lista de integrantes indicados para participarem desse GTE, esclarece também que nessa lista ainda haverá a indicação de um representante da SAJ que deverá ser incorporado ao grupo posteriormente quando os trabalhos estiverem mais avançados pois quando há alteração normativa a SAJ poderá ajudar agilizando o processo.

Após esses esclarecimentos, Liliane passa a palavra ao coordenador do GTE, Marcos Weiss Bliacheris, da AGU, que pede uma rodada de apresentações, visto se tratar da primeira reunião do grupo, e pede ainda que os participantes compartilhem um pouco dos motivos que os levaram à temática da pessoa com deficiência., iniciando por ele mesmo.

Ao final das apresentações, com a palavra, Liliane Bernardes traz alguns outros esclarecimentos a respeito do funcionamento do GTI e GTEs, que foi criado a partir do Decreto nº 10.415, que contém normas de funcionamento e de atuação dos três GTEs, a saber GTEs do Instrumento, do Orçamento e esse de Normas. Informa que os GTEs têm como principal função subsidiar o GTI com informações técnicas para tomada de decisões do GTI.

Informa que os dois outros GTEs estão elaborando relatórios para apresentação ao GTI no dia 23.10.2020, e que esse grupo funcionará de forma semelhante com a realização de discussões dos temas relacionados aos Normativos, serão também discutidos temas trazidos dos outros grupos sempre que surgirem e precisarem de um respaldo jurídico. E para isso, será compartilhado com esse grupo os relatórios dos outros GTEs para que tenham o histórico do que foi trabalhado.

O principal objetivo desse grupo é trabalhar o que vai impactar na legislação a introdução desse novo modelo de avaliação da deficiência, discutindo se serão alterações pontuais em cada legislação ou se será toda uma nova consolidação normativa a partir desse novo modelo.

Informa também que o MMFDH está com a coordenação executiva do GTI, e que a Secretária Executiva do GTI, Tatiana Alvarenga, solicitou que Liliane participasse de todos os GTEs para evitar sobreposições de trabalho. Desse olhar transversal foi montado um subgrupo misto entre GTE do Instrumento e GTE Orçamento para que sejam realizados estudos conjuntos de análise de dados de comparação do BPC e o IFBRM e um estudo amostral que será levado ao GTI para deliberação.

Encerrando, Liliane passa a palavra ao Coordenador do Grupo, Marcos Weiss Bliacheris, que propõe fazer uma apresentação elaborada pela própria SNDPD sobre as políticas da pessoa com deficiência que possam ser impactadas com o novo instrumento. E seja criado um grupo de relatoria para trabalhar nas propostas de alteração e outro grupo para fazer uma busca sobre diplomas que podem ser impactados com essa mudança de instrumento.

Hugo Porto pergunta se a legislação que iremos discutir irá ter um recorte de deficiência leve, moderada e grave, pois esse recorte impactará também nas demais legislação, conforme é definido no IFBRM.

Loni diz que essa pergunta é de extrema importância pois a lei de cotas, por exemplo, poderá ser impactada de tal forma a definir quem são as pessoas com deficiência cotistas e não cotistas. Hoje há uma relação pelos decretos nº 3298/1999 e nº 5296/2005, que é a base para indústria, comércio, para contratação. Mas com o novo modelo, onde haverá uma nova classificação em leve, moderado e grave, será necessário repensar a Lei de cotas porque não poderá ter como base esses decretos. E hoje no Senado é o que mais se responde é sobre a possibilidade de que uma deficiência específica seja considerada para ingresso na Lei de Cotas.

Hugo Porto destaca a importância do IFBRM, e do trabalho realizado pela UNB. Diz também que a política pública precisa ser embasada em um trabalho científico sólido e o IFBRM traz isso.

Marcus responde que concorda plenamente com a fala de Hugo, e esclarece que se esse grupo irá trabalhar na regulamentação do Índice , ele entende que precisa ter como base a aplicação desse Índice. Onde encontrar já na legislação uma gradação deverá ser usada os parâmetros do índice e onde não houver essa gradação, não há a necessidade de se fazer essa gradação. Mas isso não impede que haja a possibilidade de discussão da necessidade de alteração.

Com relação a fala da Loni, o mais importante nessa mudança de avaliação é que não haverá mais uma necessidade de Lei específica para beneficiar uma lista de deficiências e sim o que o Índice irá definir como deficiência.

Maurício Maia comenta que o índice é uma aferição da deficiência e do grau de deficiência. O que cada política pública vai determinar é algo da política e não do índice, saindo do conceito da definição médica.

Patricia sugere que todos leiam o manual do instrumento para conhecer a parte técnica para melhor compreensão do grupo sobre o funcionamento do instrumento. E que não será nesse grupo que será definido as réguas de inserção no conceito de pessoa com deficiência.

Liliane sugere que seja realizada uma apresentação pelos técnicos da UNB sobre o instrumento. Informa que no GTE do Instrumento, a partir das discussões iniciais, há duas linhas de pensamento, uma onde se considera que o IFBRM está pronto necessitando apenas de alguns ajuste de cunho administrativo e de rápida solução, e outro que acredita que seja necessário elaborar outro instrumento e, consequentemente, seja feita nova validaçãoAs questões que surgiram nos outros grupos especializados, que tem cunho jurídico, poderiam vir a ser discutidas nesse grupo de normas.

Simone afirma que há época de elaboração da LBI não se pensou em valoração individual de cada item, e acredita que esse grupo poderá sim contribuir para a resolução dos impasses.

Hugo Porto chama atenção para a necessidade de conhecer os limites da atividade enquanto GTE, mas que também é necessário o entendimento do IFBRM, do seu funcionamento, etc.

Miguel Kauam propõe traga uma apresentação sobre os entraves que possam surgir com a aplicação do instrumento para melhor análise do grupo e apontar de forma mais assertiva as alterações necessárias de análise jurídica.

Marcos Bliacheris concorda com a apresentação do que é o índice e a apresentação dos problemas que estão sendo questionados nos demais grupos. Pede que sejam enviados os materiais já existentes para melhor compreensão da situação.

Liliane sugere que seja realizada uma apresentação do IFBRM para ter um nivelamento do que é o instrumento, e trazer com transparência o que está sendo discutido nos outros grupos, mas lembrando que a discussão ainda não está encerrada nos outros grupos, especialmente no grupo do instrumento que há a necessidade de maior aprofundamento. E ainda há divergências, inclusive científicas, que o próprio grupo entende que necessita de maior aporte científico do que é especificidade do instrumento, o que é padrão ouro, etc.

Se prontifica a fazer essa apresentação do instrumento e também poderá convidar o Coordenador Bernardo para apresentar e tentar pacificar a discussão, lembrando sempre que o GT tem um prazo muito curto e pode ser que não haja tempo para dirimir todas as dúvidas e discussões para se fechar um modelo nesse GT. E dependerá da decisão do GTI para a criação de um outro fórum para dar continuidade com pessoas especialistas interessados em desenvolver esse tipo de avaliação.

Mas o mais importante é que o consenso que temos em todos os grupos é da necessidade desse modelo único de avaliação por que vai melhorar em muito a vida da pessoa com deficiência que não vai precisar se deslocar a vários equipamentos públicos para ter sua condição de deficiência reconhecida, e também do Estado que não vai precisar de ter várias equipes realizando a mesma avaliação para inúmeras benefícios diferentes, será feita uma avaliação única.

Patricia reforça a importância de a UNB apresentar a validação feita por eles no instrumento.

ENCAMINHAMENTOS:

- Organizar a apresentação do IFBRM (Liliane);
- Convidar a UNB para falar sobre a validação;
- Apresentar os relatórios produzidos pelos outros grupos por Liliane e Bernardo;
- Realizar reuniões semanais ao quintas feiras, das 14h as 16h, podendo ser estendido até as 18h;
- Próxima reunião será realizada no dia 22.10.2020, as 14h.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

2ª REUNIÃO PREPARATÓRIA DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 22 dias do mês de outubro de dois mil e vinte (2020), às 14 horas, foi realizada a 2ª Reunião Preparatória do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes os indicados para compor futuramente o Grupo Técnico Especializado, além de convidados para prestar esclarecimentos técnicos:

Nome	**Órgão/Entidade**
André Studart Leitão	Ministério da Economia
Gerson Soares Pinto	Ministério da Economia
Miguel Cabrera Kauam	Ministério da Economia
Mário Augusto Carboni	Ministério da Economia
Narlon Gutierre Nogueira	Ministério da Economia
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania
Dressiane Zanardi Pereira	Ministério da Economia
Liliane Cristina Bernardes	MMFDH
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Maria Tereza Feldner de Barros Araújo Cunha	MMFDH
Ana Paula Nedavaska	MMFDH
Loni Elisete Manica	MMFDH
Hugo Frota Magalhães Porto Neto	CONADE
Rebecca Monte Nunes Bezerra	CONADE
Patrícia Siqueira Silveira	CONADE
Roberto Paulo Do Vale Tiné	CONADE
Marcos Weiss Bliacheris	AGU
Cynthia Regina de Lima Passos	AGU
Maurício Maia	AGU
Carolina Lages Echeverria	AGU

Convidados:

Lívia Barbosa	Pesquisadora da UNB – MMFDH
Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela	Auditora Fiscal do Trabalho - MMFDH

Marcos Bliacheris, futuro coordenador do GTE de Criação e Alteração de Normativos para o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, inicia a reunião cumprimentando a todos e apresentando a pauta a ser discutida, a saber:

Pauta:

- Apresentação do IFBrM (Lailah Vilela);
- Apresentação da Validação do IFBr-M (UnB);
- Discussão;
- Encaminhamentos e encerramento.

Posteriormente Liliane Bernardes, pede a palavra para passar algumas informações a respeito das convidadas Lailah Vilela e Lívia Barbosa. Ela informa que Lailah faz parte da criação do IFBr e fará uma apresentação sobre instrumento.

Lailah inicia sua apresentação realizando um breve histórico sobre a criação do instrumento e aprofunda o conhecimento ao apresentar o IFBrM.

Ao final, Marcos toma a palavra e parabeniza pela apresentação e passa a palavra aos participantes que tenham dúvidas ou considerações a fazer.

Maria Tereza Feldman, pede o compartilhamento da apresentação feita por Lailah, e passou-se para os esclarecimentos de dúvidas dos participantes do grupo.

Nesse momento o Sr. Hugo Porto pergunta sobre a similaridade entre o IFBrM e o IFBrA.

Lailah responde que são parecidos em seu funcionamento, mas a matriz traz itens diferentes em atividades e participação, e o IFBrA não apresenta o Fuzzy para impedimentos mentais, mas que o IFBrM seria uma evolução dos instrumentos existentes até então, desde o IFbr original, com as correções necessárias verificadas na validação da UnB

Hugo pergunta também porque não houve um melhoramento do IFBrA ao invés da criação de outro instrumento e visto que se identificou falhas no IFBrA.

Lailah responde que não há como ela responder a esse questionamento pois é de responsabilidade do órgão gestor do instrumento, no caso, o INSS.

Loni Manica, questiona se para a aplicação do IFBrM deveria ser realizada apenas por profissionais de saúde.

Lailah responde que não pois a orientação da LBI é que seja realizada por equipe interdisciplinar e multiprofissional, conforme a LBI exige.

Patrícia pergunta sobre a avaliação do BPC em relação ao IFBrM.

Lailah diz que a proposta de avaliação do instrumento do BPC é bem diferente trazendo, assim como no IFBrM, os domínios da CIF porém de forma distinta com um volume maior de questões com avaliação dividida em duas partes, onde uma parte é feita pelo médico perito que avalia o impedimento, e outra parte contextual é feita pelo assistente social. Então a integração entre essas partes fica dificultada. Além disso a matriz do BPC é diferente da matriz do IFBrM, porque no BPC usa percentuais conforme a CIF. Mas o principal problema do BPC, na visão da Lailah, é que o instrumento não é muito objetivo, ao contrário do IFBrM, o que o torna mais difícil de

aplicar. Outro ponto é que o BPC é avaliado apenas por médicos peritos e o assistente social que não fazem avaliação biopsicossocial o que prejudica a relação interdisciplinar.

Rebeca Monte pergunta sobre o diagnóstico médico que é citado na avaliação. Nesse momento Lívia Barbosa pede a palavra para esclarecer que durante o processo de validação até o momento de ir a campo, houve várias alterações nos formulários utilizados, e que Lailah acabou por utilizar um dos que estavam desatualizados na sua apresentação. Esclarece, também, que o formulário utilizado em campo continha uma informação para o CID caso o tivesse, pois, a aplicação foi realizada com pacientes já usuários dos Caps e das unidades básicas de saúde. E caso não houvesse o CID, isso não impedia a continuidade da avaliação. E nem era uma exigência de se ter essa informação.

Mauricio Maia, pergunta se a avaliação é preenchida por apenas um avaliador individualmente ou se há uma equipe de avaliadores? Como é feita a efetiva verificação da presença de impedimento de forma segura já que não há exigência da informação da CID?

Lailah responde que no momento da validação a equipe tinha acesso a relatórios e prontuários visto que eram pacientes de CERS, CAPS e UBS, porém a equipe de avaliação também tem o entendimento que o impedimento é possível de ser captado pelas informações prestadas pela pessoa que está sendo avaliada não sendo necessário uma pessoa para fazer um "diagnóstico" da situação. Esclarece ainda que a Professora Lívia poderá esclarecer melhor essa questão, visto que ela realizou o estudo de campo durante a validação.

Quanto ao preenchimento da avaliação ela diz que a aplicação do instrumento pressupõe a participação de dois avaliadores e uma das discussões é essa se esses avaliadores deveriam trabalhar em conjunto para preencher, para ser uma avaliação interdisciplinar mas, no IFBrA por exemplo, temos a informação de que lá é feito de forma separada, isto é, o assistente social faz em um dado momento e em outro o médico perito faz, não existindo uma conversa entre os profissionais. E no IFBrM a ideia é que sejam sempre dois avaliadores e que o preenchimento seja realizado sempre em conjunto de forma interdisciplinar conforme a Lei prevê.

Marcos Bliacheris pergunta o que acontece quando o avaliador não está adaptado a essa avaliação biopsicossocial? Que consequências pode acarretar a avaliação final?

Lailah responde que ele vai acabar respondendo de forma equivocada, pois tende a focar na avaliação biomédica, enfatizando apenas a função corporal. Com isso, não há como se ter uma avaliação biopsicossocial efetiva, pois os avaliadores precisam ter consciência do conceito de deficiência biopsicossocial e precisam estar capacitados adequadamente para a aplicação do instrumento.

Miguel Kauam comenta que, a avaliação do BPC feita pelo INSS não é realizada apenas pelo médico perito, mas afirma também que em muitos casos, alguns juízes ainda usam quase que exclusivamente a avaliação biomédica, mas que no INSS isso não acontece.

Lailah responde que no BPC a avaliação é feita por dois profissionais, o médico e o assistente social, porém a avaliação é feita de forma separada. Mas sim, são dois profissionais caracterizando a equipe multidisciplinar.

André Studart afirma que não dá para comparar a avaliação feita pelo INSS e a feita na justiça porque ainda existem laudos médicos que levam em consideração o quesito incapacidade e não deficiência. E aproveita a oportunidade para solicitar acesso ao documento do IFBrM para analisar o impacto da judicialização, pois essa é uma preocupação que a procuradoria tem.

Marcos responde que acha válido o compartilhamento do Manual do IFBrM, e também dos demais materiais e apresentações que se tem sobre o assunto para os participantes do grupo.

Liliane informa que passará um "Pacote" de documentos que serão compartilhados com todos.

André Studart solicita também, caso exista, algum comparativo entre o IFBrM e IFBrA, e IFBrM x BPC.

Liliane informa que esses comparativos estão sendo produzidos pelo Subgrupo Misto e que, assim que for finalizado, também será compartilhado.

Roberto Tiné comenta que, com relação a avaliação biopsicossocial, é que os peritos médicos querem manter a exclusividade dessa avaliação com eles. E que durante reunião do CONADE, o presidente da Associação Nacional dos Peritos Médicos Federais afirmou que somente o médico pode suprir a questão multidisciplinar e multiprofissional. E esse será um obstáculo a ser enfrentado pelo grupo, pois os médicos peritos são extremamente corporativistas.

Hugo Porto esclarece que ele não tem nenhuma informação que a avaliação do BPC seja realizada apenas por médico, e esclarece também que se recorda de ouvir o presidente da Associação Nacional dos Peritos Médicos Federais proferir a seguinte fala de que um médico apenas seria suficiente para realizar a avaliação biopsicossocial e esse seria um profissional qualificado.

Marcos Bliacheris, faz uma apresentação do curriculum da Drª Lívia Barbosa e passa a palavra para que se inicie sua apresentação referente a validação do IFBrM realizada pela UNB.

Após a apresentação, é aberta a inscrição dos participantes para considerações e esclarecimentos.

Miguel parabeniza pela apresentação e expõe sua preocupação com os dissensos existentes em relação aos índices de especificidade x sensibilidade do IFBrM, além da acurácia e demais questões relatadas.

Liliane esclarece que essa discussão também está sendo feita nos outros grupos técnicos e estamos buscando opiniões de outros especialistas justamente para se dirimir os dissensos existentes quanto a relação de especificidade e sensibilidade, acurácia e demais dúvidas relacionadas ao instrumento, para assim trazer maior tranquilidade e segurança possível em torno do instrumento, com maior consenso possível.

Marcos Bliacheris, esclarece que o objetivo hoje é fazer um nivelamento de conhecimento a respeito do índice e contextualização. Fala também que a judicialização é algo inevitável e o que o grupo precisa compreender é que o trabalho a ser feito deve ser o melhor possível.

Loni Manica corrobora com a fala de Marcos Bliacheris e reafirma que a judicialização já está acontecendo mesmo sem instrumento. Aponta que está expresso na Lei que deve ser realizada a avaliação biopsicossocial e que estamos mais do que atrasados no cumprimento dessa diretriz. Sugere que seja implantado o IFBrM e que, caso seja necessário, seja corrigido a medida que os problemas possam surgir.

Lívia esclarece que um instrumento para avaliação de restrição de participação não tem como ter uma especificidade muito alta com uma sensibilidade muito alta. E não conhece registro de qualquer outro instrumento ou formulário da área de saúde pública que tenha esse tipo de comportamento. E do ponto de vista científico, o índice do IFBrM não é baixo. Porém, as preocupações trazidas pelos gestores são preocupações distantes do ponto de vista científico, que é seu campo de atuação. E reafirma que o IFBrM alcançou, do ponto de vista de construção do instrumento e aceitabilidade no campo científico, acadêmico e dos movimentos sociais, com qualidade o seu patamar. E hoje não há outro instrumento tão bom quanto o IFBrM para avaliar, nem mesmo o IFBrA ou BPC, que sequer tiveram validação antes de serem utilizados, no caso do IFBrA, e com apenas 500 casos de estudo para validação, no caso do BPC.

André Studart endossa as palavras do Miguel Kauam, quanto à importância de um contraponto e se vamos fazer análise jurídica do instrumento é necessário o acesso a ele e a oitiva as pessoas

que o criticam. Pede que as convidadas possam apresentar quais são os problemas do IFBrA. Pergunta quem irá atestar o impedimento no IFBrM?

Lívia responde que para informar as possíveis falhas do IFBrA é necessário que ela tenha acesso aos dados que indicam essas falhas. Informa que o IFBrM fez 17 mil avaliações para poder definir a régua que hoje está validada, enquanto o IFBrA está implementado sem validação e sem revisão pós-validação e o BPC foi validado com apenas 500 casos.

Esclarece que o instrumento avalia impedimento na sua interação com outros fatores da funcionalidade, não necessita apenas o médico, pois o instrumento usa uma equipe multidisciplinar para a constatação da deficiência, não precisa de um profissional de medicina especificamente.

André Studart pergunta se uma pessoa pode ter duas avaliações diferentes?

Lívia responde que é possível por vários fatores: pelas informações prestadas pelo avaliado, pela documentação apresentada, pela qualidade do entrevistador, pela instrumentalidade dos avaliadores que podem focar em determinados fatores em detrimento de outros, o momento da avaliação que pode representar mudanças na funcionalidade, etc. Esclarece que na rotina da validação, a pessoa era avaliada por dois profissionais que poderiam estar juntos ou não no momento da avaliação. E detalhes da avaliação de cada profissional poderia ser diferentes entre si e por esse motivo que são somadas as avaliações para se chegar ao resultado que vai determinar se a pessoa é ou não com deficiência. Essa avaliação coletiva ela justamente para chegar numa composição de instrumentalidade que vá dar uma nota final, um score, sobre a restrição de participação.

Mauricio Maia pergunta se no momento da validação foi possível identificar erros na caracterização de pessoas com deficiência e qual a porcentagem de erros? Pergunta também se o instrumento usou apenas a CIF ou usou também a CID eventualmente?

Lívia reponde que a base do instrumento foi a CIF e MIF, e a CID foi utilizada eventualmente por contar nos prontuários. E não houve um cruzamento com a CID devido não ser o objetivo do estudo naquele momento. Esclarece também que a avaliação foi realizada com pessoas com deficiência já usuárias dos CERs, CAPS e UBS e não em relação a população em geral. Principalmente por que o objetivo era validar o instrumento para a população com deficiência. Mas que é possível se realizar esse estudo com uma pesquisa de inquérito com aplicação na população em geral.

Lailah diz que não há um instrumento perfeito, inclusive os instrumentos existentes hoje apresentam grande falhas nas suas avaliações, tanto que são revistas e reformuladas, como o BPC que já está indo para a 4ª versão. Questiona o por que de tantas dúvidas com o IFBrM sendo que nos demais instrumentos já existentes não houve.

Hugo Porto comenta que não há qualquer outro instrumento no país que tenha sido tão estudado quanto o IFBrM. Afirma que a falta de informação da relação de especificidade e sensibilidade e da acurácia do BPC, também causa dúvidas e questionamentos. Questionamentos esses que nunca foram feitos antes para o BPC, mas para o IFBrM vem sendo feito reiteradamente. E compartilha da ideia de se ser implantado o IFBrM e que seja melhorado no decorrer da sua utilização.

Miguel Kauam esclarece que sua fala anterior teve como objetivo trazer ao grupo a necessidade de se levar em consideração as críticas já colocadas durante todos os anos de discussão sobre o Instrumento Único de Avaliação da Deficiência, salienta que sua preocupação com relação a judicialização é uma possível inutilização do instrumento por parte do judiciário, como acontece com o Fuzzy.

Hugo Porto sugere trazer o Judiciário para conhecer o instrumento.

Lailah pergunta se há algum impedimento jurídico de se implantar o Instrumento nas políticas que hoje não tem instrumento e ele andar paralelamente junto a outros instrumentos como o BPC por exemplo? E não há qualquer problema em trazer essa resposta em outra oportunidade.

Marcos finaliza comentando que o objetivo desse momento era balizar os conhecimentos relacionados ao IFBrM e para posteriormente se levar ao debate com a visão de solucionar os problemas que surgirem. Responde que não vê qualquer impedimento jurídico para a implantação como foi questionado pela Lailah mas que isso pode ser aceito ou não pelos gestores.

Hugo Porto corrobora com essa sugestão de aplicação prévia. E salienta que esse é o momento de se mudar a visão que muitos órgãos tem com relação a pessoa com deficiência e sua interação na sociedade.

ENCAMINHAMENTOS:

- Enviar todos os documentos já existentes referente ao instrumento para analise dos participantes do grupo;
- Encaminhar a divisão de grupos proposto pelo Hugo Porto para realização dos trabalhos;
- Cada participantes se manifestará em que grupo gostaria de trabalhar;
- Próxima reunião será dia 05.11.2020, as 14hs, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

3ª REUNIÃO PREPARATÓRIA DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 26 dias do mês de novembro de dois mil e vinte (2020), às 14 horas, foi realizada a 3ª Reunião Preparatória do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora. Na reunião, estiveram presentes os indicados para compor futuramente o Grupo Técnico Especializado, além de convidados para prestar esclarecimentos técnicos:

Nome	**Órgão/Entidade**
Miguel Cabrera Kauam	Ministério da Economia
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH
Maria Tereza Feldner de Barros Araújo Cunha	MMFDH
Hugo Frota Magalhães Porto Neto	CONADE
Patrícia Siqueira Silveira	CONADE
Roberto Paulo Do Vale Tiné	CONADE
Marcos Weiss Bliacheris	AGU
Maurício Maia	AGU
Carolina Lages Echeverria	AGU

Marcos Bliacheris, coordenador do GTE de Criação e Alteração de Normativos para o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, inicia a reunião cumprimentando a todos e apresentando a pauta a ser discutida, a saber:

Pauta:

- Divisão dos trabalhos para levantamento de normativos impactados pelo modelo único de avaliação da deficiência
- Definição do cronograma do GTE;
- Encaminhamentos;
- Encerramento.

Posteriormente, esclarece que Hugo Porto fez um quadro com grupos temáticos de políticas que podem ser impactadas pelo Modelo Único e que o objetivo é que cada membro desse GTE possa indicar qual grupo de tema tem interesse de participar e que pudesse aproveitar a oportunidade para que sejam sugeridas alterações nos textos dessas políticas que estão com

a nomenclatura ultrapassada se referindo ao termo Pessoa Portadora de Deficiência que ainda consta em várias delas.

Passando a palavra ao Hugo Porto para que possa explicar o quadro, este pergunta se o objetivo do GTE de Criação e Alteração de Normativos seria trabalhar toda a legislação consoante o que for definido pelo decreto que irá regulamentar o IFBr-M no instrumento, ou seria trabalhar a normativa desse próprio decreto? Em continuidade, prosseguiu a apresentação do quadro esclarecendo que a definição desses grupos pode ser ajustada conforme o GTE julgar.

Rodrigo Machado esclarece que o escopo do grupo é fazer uma análise dos atos normativos identificando possíveis alterações para adequação ao Modelo Único de Avaliação da Deficiência, por exemplo, o Passe Livre que ainda exige um laudo médico para que seja solicitado o benefício, que precisará ser alterado no momento da utilização do novo modelo de avaliação da deficiência.

Mauricio Maia corrobora com a argumentação do Rodrigo Machado e complementa que pela interpretação dele do Decreto, esse seria o escopo dos trabalhos desse GTE.

Marcos Weiss esclarece que a regulamentação do índice depende das definições tomadas pelo GTI, cabendo ao GTE a indicação de quais atos normativos poderão ser impactados pelo modelo único.

Porém pode-se sinalizar que não se usa mais o termo portador e sim pessoa com deficiência.

Com isso, e não havendo sugestões ou alterações para o quadro apresentado, passou-se para que os participantes indiquem em qual grupo temático queira participar limitando-se a 04 (quatro) pessoas por grupo para ser igualitário nas quantidades de pessoas.

Finalizando, a distribuição ficou definida conforme abaixo:

Nome	Órgão/Entidade	Grupo
Miguel Cabrera Kauam	Ministério da Economia	
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania	GRUPO 5 - SAÚDE/TRABALHO/MORADIA/EDUC. SUPERIOR E ATEND. PRIORITÁRIO
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania	GRUPO 5 - SAÚDE/TRABALHO/MORADIA/EDUC. SUPERIOR E ATEND. PRIORITÁRIO
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH	GRUPO 2 - CIDADANIA/TRABALHO
Maria Tereza Feldner de Barros Araújo Cunha	MMFDH	GRUPO 5 - SAÚDE/TRABALHO/MORADIA/EDUC. SUPERIOR E ATEND. PRIORITÁRIO
Hugo Frota Magalhães Porto Neto	CONADE	GRUPO 1 - SERVIÇO PÚBLICO
Patrícia Siqueira Silveira	CONADE	GRUPO 2 - CIDADANIA/TRABALHO
Roberto Paulo Do Vale Tiné	CONADE	GRUPO 2 - CIDADANIA/TRABALHO
Marcos Weiss Bliacheris	AGU	Grupo Residual
Maurício Maia	AGU	GRUPO 1 - SERVIÇO PÚBLICO
Carolina Lages Echeverria	AGU	

Definiu-se também que na próxima reunião será a complementação da indicação dos grupos e na reunião seguinte espere-se trazer as primeiras análises e indicações de alterações.

ENCAMINHAMENTOS:

- Hugo porto enviará o arquivo com os grupos temáticos para posterior envio aos participantes;
- Enviar planilha de grupos temáticos por e-mail para os participantes;
- Recebimento das escolhas de grupos temáticos de cada participante;
- Próxima reunião será dia 03.12.2020, as 14h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

4ª REUNIÃO PREPARATÓRIA DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 03 dias do mês de dezembro de dois mil e vinte (2020), às 14 horas, foi realizada a 4ª Reunião Preparatória do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora. Na reunião, estiveram presentes os indicados para compor futuramente o Grupo Técnico Especializado, além de convidados para prestar esclarecimentos técnicos:

Nome	**Órgão/Entidade**
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Dressiane Zanardi Pereira	Ministério da Saúde
Lilianne Cristina Bernardes	MMFDH
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH
Maria Tereza Feldner de Barros Araújo Cunha	MMFDH
Loni Manica	MMFDH
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Roberto Paulo Do Vale Tiné	CONADE
Marcos Weiss Bliacheris	AGU
Maurício Maia	AGU

Marcos Bliacheris, coordenador do GTE de Criação e Alteração de Normativos para o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, inicia a reunião cumprimentando a todos e apresentando a pauta a ser discutida, a saber:

Pauta:

- Divisão dos trabalhos para levantamento de normativos impactados pelo modelo único de avaliação da deficiência
- Definição do cronograma do GTE;
- Encaminhamentos;
- Encerramento.

Posteriormente, esclarece que Hugo Porto fez um quadro com grupos temáticos de políticas que podem ser impactadas pelo Modelo Único e que o objetivo é que cada membro desse GTE possa indicar qual grupo de tema tem interesse de participar e que pudesse aproveitar a oportunidade para que sejam sugeridas alterações nos textos dessas políticas que estão com a nomenclatura ultrapassada se referindo ao termo Pessoa Portadora de Deficiência que ainda consta em várias delas.

Passando a palavra ao Hugo Porto para que possa explicar o quadro, este pergunta se o objetivo do GTE de Criação e Alteração de Normativos seria trabalhar toda a legislação consoante o que for definido pelo decreto que irá regulamentar o IFBr-M no instrumento, ou seria trabalhar a normativa desse próprio decreto? Em continuidade, prosseguiu a apresentação do quadro esclarecendo que a definição desses grupos pode ser ajustada conforme o GTE julgar.

Rodrigo Machado esclarece que o escopo do grupo é fazer uma análise dos atos normativos identificando possíveis alterações para adequação ao Modelo Único de Avaliação da Deficiência, por exemplo, o Passe Livre que ainda exige um laudo médico para que seja solicitado o benefício, que precisará ser alterado no momento da utilização do novo modelo de avaliação da deficiência.

Mauricio Maia corrobora com a argumentação do Rodrigo Machado e complementa que pela interpretação dele do Decreto, esse seria o escopo dos trabalhos desse GTE.

Marcos Weiss esclarece que a regulamentação do índice depende das definições tomadas pelo GTI, cabendo ao GTE a indicação de quais atos normativos poderão ser impactados pelo modelo único.

Porém pode-se sinalizar que não se usa mais o termo portador e sim pessoa com deficiência.

Com isso, e não havendo sugestões ou alterações para o quadro apresentado, passou-se para que os participantes indiquem em qual grupo temático queira participar limitando-se a 04 (quatro) pessoas por grupo para ser igualitário nas quantidades de pessoas.

Finalizando, a distribuição ficou definida conforme abaixo:

Nome	**Órgão/Entidade**	**Grupo**
Miguel Cabrera Kauam	Ministério da Economia	
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania	GRUPO 5 - SAÚDE/TRABALHO/MORADIA/EDUC. SUPERIOR E ATEND. PRIORITÁRIO
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania	GRUPO 5 - SAÚDE/TRABALHO/MORADIA/EDUC. SUPERIOR E ATEND. PRIORITÁRIO
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH	GRUPO 2 - CIDADANIA/TRABALHO
Maria Tereza Feldner de Barros Araújo Cunha	MMFDH	GRUPO 5 - SAÚDE/TRABALHO/MORADIA/EDUC. SUPERIOR E ATEND. PRIORITÁRIO
Hugo Frota Magalhães Porto Neto	CONADE	GRUPO 1 - SERVIÇO PÚBLICO
Patrícia Siqueira Silveira	CONADE	GRUPO 2 - CIDADANIA/TRABALHO
Roberto Paulo Do Vale Tiné	CONADE	GRUPO 2 - CIDADANIA/TRABALHO
Marcos Weiss Bliacheris	AGU	Grupo Residual
Maurício Maia	AGU	GRUPO 1 - SERVIÇO PÚBLICO
Carolina Lages Echeverria	AGU	

Definiu-se também que na próxima reunião será a complementação da indicação dos grupos e na reunião seguinte espere-se trazer as primeiras análises e indicações de alterações.

ENCAMINHAMENTOS:

- Hugo porto enviará o arquivo com os grupos temáticos para posterior envio aos participantes;
- Enviar planilha de grupos temáticos por e-mail para os participantes;
- Recebimento das escolhas de grupos temáticos de cada participante;
- Próxima reunião será dia 03.12.2020, as 14h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

5ª REUNIÃO PREPARATÓRIA DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 10 dias do mês de dezembro de dois mil e vinte (2020), às 14 horas, foi realizada a 5ª Reunião Preparatória do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora. Na reunião, estiveram presentes os indicados para compor futuramente o Grupo Técnico Especializado, além de convidados para prestar esclarecimentos técnicos:

Nome	**Órgão/Entidade**
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Dressiane Zanardi Pereira	Ministério da Saúde
Lilianne Cristina Bernardes	MMFDH
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH
Maria Tereza Feldner de Barros Araújo Cunha	MMFDH
Loni Manica	MMFDH
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Roberto Paulo Do Vale Tiné	CONADE
Marcos Weiss Bliacheris	AGU
Maurício Maia	AGU

Marcos Bliacheris, coordenador do GTE de Criação e Alteração de Normativos para o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, inicia a reunião cumprimentando a todos e pedindo a Liliane Bernardes para realizar uma breve apresentação do que foi definido na última reunião do GTI referente a prorrogação e dos estudos a serem realizados.

Liliane inicia a fala informando que a pauta era a Prorrogação do GTI e os estudos que estão sendo realizados pelo GTEs e pelo grupo específico para isso, que são estudos comparativos entre o IFBr-M e o BPC. O BPC foi escolhido para esses estudos visto ser o benefício de maior impacto orçamentário na aplicação do Instrumento. Outro estudo é uma aplicação prática nos requerentes do BPC para verificar o comportamento do novo instrumento.

A previsão que esse estudo amostral seja realizado em janeiro de 2021, pelos próprios aplicadores do INSS após capacitação destes para aplicação correta do IFBr-M.

Vai haver uma recriação dos GTEs no mesmo formato para que possam finalizar os estudos e posteriormente possam ser encerrados. E só aí então possa ser criado esse GTE de Normas, o que não impede a continuidade dos trabalhos como vem acontecendo atualmente.

Marcos pergunta sobre o prazo e Liliane explica que há uma necessidade de que a UNB faça um ajuste fino no produto 11 que trata das réguas. As equipes estão correndo contra o tempo para finalizar esse ajuste e realizar os estudos o quanto antes.

Loni Manica pergunta sobre essa aplicação que está sendo realizada pela equipe do Ministério da Economia, inclusive com a intenção de criação de um novo instrumento, pergunta como estão os trabalhos nesse quesito.

Liliane explica que essa aplicação está sendo realizada por meio de um acordo de cooperação técnica junto a Universidade de Marília e que já passou pelo comitê de ético da universidade, com todos os parâmetros éticos devido a participação de crianças, tem projeto de pesquisa já definido de acordo com a plataforma Brasil, e tem a metodologia definida junto com os pesquisadores e equipe da secretaria de previdência do INSS que irão organizar o campo, onde como vão ser aplicados, quem são as pessoas, e há toda uma metodologia onde a pessoa é convidada a participar do estudo, ela assiste um vídeo com toda a explicação sobreo estudo, a que se destina, quais riscos e explicando toda a pesquisa conforme a exigência dos comitês de ética. E só depois da explicação sobre a pesquisa, ela decide se aceita o não, havendo o aceite ela assina o termo de consentimento, passando por uma primeira avaliação com o Assistente Social e depois com a Perícia Médica, sendo submetida a avaliação do instrumento do BPC e depois é submetida a avaliação do instrumento do IFBr-M.

Posteriormente os resultados são enviados a base de dados na Universidade para análise e subsidiar de alguma forma as decisões do GTI.

Marco toma a palavra e apresenta a proposta de pauta a ser discutida, a saber:

Pauta:

- Continuação da divisão dos trabalhos para levantamento de normativos impactados pelo modelo único de avaliação da deficiência
- Definição do cronograma do GTE;
- Encaminhamentos;
- Encerramento.

Marcos informas aos participantes que a divisão dos grupos se iniciou na reunião anterior e que seria necessária a continuidade por aqueles que ainda não escolheram o grupo.

Loni indicar interesse em participar do Grupo 02 e Symone pede para participar do Grupo 05.

Marco esclarece que temos a oportunidade de apontar possíveis correções inclusive de nomenclaturas no normativos que estejam com a expressão “portador de deficiência”.

Sugere também que, caso os participantes tenham interesse, poderão também mudar de grupos.

Definiu-se que na próxima reunião será a apresentado as primeiras análises e indicações de alterações.

ENCAMINHAMENTOS:

- Enviar planilha atualizada dos grupos temáticos por e-mail para os participantes;
- Próxima reunião será dia 10.12.2020, as 14h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

6ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 28 dias do mês de abril de dois mil e vinte e um (2021), às 15 horas, foi realizada a 6ª Reunião do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora. Na reunião, estiveram presentes:

Nome	**Órgão/Entidade**
Maurício Maia	AGU
Denise Maria Rodrigues Costa	Ministério da Saúde
Angelo Roberto Gonçalves	Ministério da Saúde
Gerson Soares Pinto	Ministério da Economia
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Maria Tereza Feldner de Barros Araújo Cunha	MMFDH
Thomas Augusto Ferreira de Almeida	AGU
Carolina Lages Echeverria	Conjur
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania
Liliane Bernardes	MMFDH

Liliane Bernardes, do MMFDH, inicia a fala enquanto aguarda a chegada de mais participantes da reunião realizando alguns informes a respeito de alterações na composição dos membros do GTI e dos GTEs por parte de alguns Ministérios. Informa sobre o encerramento do GTE de Orçamento devido a finalização dos trabalhos. Esclarece que está participando dessa reunião como ouvinte e coloca a estrutura da secretaria executiva do GTI a disposição para apoio técnico e administrativo para as reuniões. Finaliza dando as boas vindas a todos e passando a palavra para o Coordenador do GTE de Normativos, Dr. Mauricio Maia.

Dr. Maurício Maia, da AGU, após rodada de apresentações, inicia sua fala e apresenta a proposta de pauta a ser discutida, a saber:

Pauta:

- Reinício dos trabalhos do GTE e as diretrizes apresentadas pelo GTI;
- Informações Gerais;
- Encerramento.

Informa sobre o curto prazo que se tem para entrega do GTI, que é em agosto de 2021, e propõe um cronograma para a realização dos trabalhos do GTE de normas para deliberação do grupo, com realização de reuniões curtas com duração máxima de uma hora e meia.

Segue realizando uma apresentação com as principais diretrizes do GTE apresentando o objetivo do GTE conforme decreto 10.415/2020, art. 6º, informando o prazo de funcionamento do GTI, dia 30/09/2021, sedo que os GTEs tem o prazo até 19/08/2021 e, com isso, propõe que se verifique os normativos pertinente que precisam ser alterados até 06/2021 , apresentando um relatório até Julho/2021 para subsidiar as decisões do GTI.

Explica que o GTE de normativos possui dois trabalhos específicos que é ver como fazer uma norma que vá implementar esse novo instrumento, que vai determinar que esse novo instrumento seja aplicado, com essa forma de avaliação, por toda a administração pública federal, e a partir daí as normas que fazem referencia a avaliação da pessoa com deficiência, façam referencia a esse decreto, pelo menos no que se refere a forma de avaliação da deficiência, facilitando a aplicação desse decreto.

Em resumo o trabalho principal é eliminar incompatibilidades jurídicas dando boa segurança jurídica para quem aplica o direto e para quem se beneficia daquela política pública.

Nos trabalhos iniciados pelo grupo anteriormente foi realizado um levantamento das 31 políticas públicas destinadas a pessoa com deficiência, verificou-se a necessidade de alterações em normativos como algumas que dizem, por exemplo, a exigência de perícia médica, devendo essa ser substituída pela avaliação biopsicossocial da deficiência realizada por equipe multidisciplinar e multiprofissional. Evitando-se, no entanto, a realização de uma referência muito específica ao decreto que institui esse instrumento novo, ou ao próprio instrumento novo, porque uma eventual alteração disso fará todo o trabalho se perder e ter que ser feito todo novamente, evitando assim uma insegurança jurídica.

Sugere que seja utilizado conforme apresentado no Decreto 10.654/2021, que diz que a pessoa com visão monocular deverá ser avaliada para ser considerada pessoa com deficiência, a saber: “a deficiência ser avaliada na forma prevista no §§1º e 2º da Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015.”

Isto é, se em cada uma das políticas públicas que hoje falam da avaliação da pessoa com deficiência tiver essa forma, vai atender o que se precisa porque o modelo e o instrumento que estão propostos são feitos com base no artigo segundo da LBI. Os requisitos que ele tem que cumprir estão no parágrafo primeiro e a possibilidade de um instrumento pelo poder executivo estão no parágrafo segundo. Então se fizermos uma remissão com essa fórmula genérica em todos esses normativos, e eliminar fórmulas que falam em perícia médica e outros tipos de avaliação, já teremos atendido que se precisa de uma forma muito mais eficiente do que ficar informando em cada uma como deve ser feita a avaliação.

O mais importante é em cada normativo justificar a necessidade ou não de alteração daquele normativo. Porque o que vai sair, tanto do GTE quanto ao GTI, é uma orientação aos Ministros que compõem o GTI, eles que vão propor uma norma que vai ser editada pelo presidente da república. E, conforme consta no decreto 9191 que prevê como as normas devem ser feitas, precisa-se de subsídios técnicos para propor alterações nos normativos.

Finalizada a apresentação, Dr. Mauricio passa a palavra para Carolina Lages, da CONJUR, que concorda com a proposta apresentada comentando ser a mais acertada para o momento.

Dr. Thomas Augusto Ferreira de Almeida pede a palavra também concordando com a proposta e comenta achar excelente o fato de já se ter um modelo de redação e questiona se seria possível se ter acesso as notas técnicas que fundamentaram o decreto 10.654, talvez possamos utilizá-las na elaboração do nosso relatório.

Denise Maria Rodrigues Costa, do Ministério da Saúde, também concorda com a proposta apresentada.

Symone Maria Bonfim, concorda com a proposta e comenta que isso é algo que vem sendo tentado introduzir nos projetos de Leis voltados a doenças que se desejam que sejam consideradas deficiência. Essa já é uma orientação dentro da consultoria jurídica.

Dr. Mauricio Maia apresenta planilha em excel com a divisão realizada anteriormente de grupos de discussão para reorganização.

Visto que parte dos participantes não tinham o arquivo solicitou-se que fosse encaminhado a todos ao final da reunião com as diretrizes de trabalho definidas nessa reunião e quem está em cada grupo de discussão.

Após reorganização prévia dos grupos, encaminhou-se que a próxima reunião seja realizada no dia 04/05/2021, das 15h as 16h30, tendo como pauta divisão de trabalho para avaliação das normas que tratam de avaliação da deficiência, bem como o início dos trabalhos de exame dessas normas.

Definiu-se também um cronograma de realização de reuniões para semanalmente as terças feiras no horário de 15h as 16h30, podendo ser alterado caso seja necessário.

ENCAMINHAMENTOS:

- Enviar planilha atualizada dos grupos temáticos por e-mail para os participantes;
- Próxima reunião será dia 04/05/2021, das 15h às 16h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

7ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 4 dias do mês de maio de dois mil e vinte e um (2021), às 15 horas, foi realizada a 7ª Reunião do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora e trinta minutos. Na reunião, estiveram presentes:

Nome	**Órgão/Entidade**
Maurício Maia	AGU
Thomas Augusto Ferreira de Almeida	AGU
Carolina Lages Echeverria	Conjur
Loni Manica	Senado
Liliane Bernardes	MMFDH
Priscilla Gaspar	MMFDH
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Ana Paula Nedavaska	MMFDH
Denise Maria Rodrigues Costa	Ministério da Saúde
Gerson Soares Pinto	Ministério da Economia
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania

Mauricio Maia, da AGU e Coordenador do GTE, inicia a reunião agradecendo a participação de todos e destacando a presença da Secretária Priscilla e de outros membros que não estiveram na reunião anterior seguindo com a fala de apresentação e atualização aos participantes quanto ao andamento dos trabalhos do GTE.

Mauricio Maia explica que assumiu a representação da AGU junto ao GTI e a coordenação do GTE de Criação e Alteração de Normativos, e que em conversar realizada na semana anterior o grupo resolveu realizar um trabalho mais enxuto, mas que o grupo consiga de fato entregar um resultado, resultado esse que será importante, para que o GTI faça o trabalho que tem que ser feito.

Continua dizendo que um dos principais trabalhos principal do GTE é pensar numa norma que irá instituir o modelo de avaliação da pessoa com deficiência e o instrumento que está sendo

desenvolvido e aperfeiçoado, norma essa que seria de fato a regulamentação do Art. 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência, e para ter uma segurança jurídica maior, uma efetividade maior, nessa regulamentação que vai ser expedida será feito um pente fino nas normas que atualmente tratam da questão da avaliação da deficiência para inclusão das pessoas com deficiência em politicas publicas das mais variadas pra eliminar as eventuais incompatibilidades, usando o levantamento já realizado anteriormente das políticas pelo MMFDH. Buscando alterar o mínimo possível nas normas, visto que muitas das normas que preveem a inclusão da pessoa com deficiência na política pública, não falam da forma de avaliação da deficiência, sendo assim pressupõe-se que essa avaliação será determinada a partir de um regulamento específico. E esse regulamento é justamente o trabalho do GTI. Então nosso foco principal é identificar quais normas efetivamente tratam da avaliação da deficiência e normas que estejam em desacordo com a LBI.

E no Artigo 2º da LBI, parágrafo 1º, prevê algumas diretrizes da avaliação da deficiência, e algumas normativas como a do BPC e do regulamento da Previdência Social, já contemplam a avaliação nos termos da LBI, fazendo referência a LBI citando que a avaliação da deficiência se dará conforme previsto nos Art. 1º e 2º.

E essa é a melhor fórmula a ser sugerida, pois uma referência à Lei é muito melhor do que simplesmente citar um decreto ou instrumento que poderá ser alterado e todo o trabalho realizado hoje ser invalidado.

Com isso, ficou acordado que o GTE pegará as 32 políticas públicas e dividirá em grupos para realizar essa avaliação uma a uma de cada política buscando possíveis incompatibilidades, alterando apenas aquelas que tratam da avaliação.

Assim, acredita-se que o grupo irá subsidiar da melhor forma o GTI para a criação da norma de regulamentação da avaliação da deficiência.

Encerrando sua fala, passou a palavra para os demais participantes para comentarem.

Liliane pede a palavra e traz uma pergunta do GTE do Instrumento sobre a forma de implantação da avaliação, se essa pode ser feita de forma gradual ou se isso poderia acarretar judicialização?

Maurício responde que, por se tratar de um instrumento com tamanha envergadura, o melhor seria que fosse implementado aos poucos, mas essa é uma questão com uma decisão quase que política, e é necessário um prazo para a realização a contento da Avaliação da Deficiência. Sugere a colocação no decreto de um *vacacio legis*, ou “esse decreto entra em vigor em tanto tempo”, ou ainda, por enquanto serão feitas avaliações para seguintes políticas públicas...

Mas para se conseguir dar essa resposta precisa saber qual vai ser a estrutura que vai aplicar a avaliação, quem serão os responsáveis, qual vai ser o instrumento efetivamente... em resumo e na opinião dele é possível mas se vai haver judicialização não se consegue prever, pois todo mundo pode judicialisar qualquer coisa e a resposta do judiciário será aquela da convicção do judiciário, mas em tese é possível sim.

Carolina L. Echeverria, pede a palavra e corrobora com Dr. Maurício e reafirma que a melhor opção seria o *Vacatio legis*, e que no final será uma decisão política.

Liliane sugere, então, a realização de uma reunião conjunta entre os GTEs de Normas e Instrumento para discussão de detalhes como a estrutura, equipe multiprofissional e interdisciplinar etc.

Em sequência, Mauricio Maia, dá continuidade aos trabalhos do GTE apresentando a pauta:

Pauta:

- Divisão de trabalho para avaliação das normas que tratam de avaliação da deficiência, bem como o início dos trabalhos de exame dessas normas;
- Informações Gerais;
- Encerramento.

Mauricio relembra aos participantes da necessidade de iniciar os trabalhos e finalizarmos o quanto antes pois disso dependo o trabalho do GTE de Orçamento que está suspenso temporariamente para que este esteja funcionando.

Prevê que o GTE de Normas encerre seus trabalhos até junho de 2021, para instrução ao GTI e retornando caso seja necessário para a elaboração de um novo relatório de instrução ao GTI.

Com isso passou-se para a divisão dos grupos com os presentes, e pergunta se alguém ainda não está em algum grupo, informando que o grupo do Tributário não tem ninguém ainda, e que ele mesmo já iniciou análise das normativas da área percebendo que a Portaria Interministerial, da SDH e MS, nº 02 de 21/11/2003 do antigo Ministério da Fazenda, que hoje é o Ministério da Economia, que deverá ser sugerida sua revogação de forma integral visto que prevê como efetivamente se avalia a pessoa com deficiência para fins de determinada política pública, o que é incompatível com o Modelo Único de Avaliação da Pessoa com Deficiência que será instituída.

Outra normativa que precisará ser analisada é a isenção do IOF para o financiamento de veículo automotor, que no texto exige a apresentação de laudo de perícia média. Nessa situação, Maurício sugere que além do laudo poderia ser incluído também o laudo da avaliação biopsicossocial. E justifica sua sugestão como um caminho a ser considerado visto que o papel desse GTE é indicar as incompatibilidades verificadas nas normativas analisadas e sugerir alterações para os órgãos responsáveis pela normativa.

Liliane pede a palavra nesse momento e comenta que a ideia do Modelo Único é justamente evitar que a pessoa com deficiência tenha que ir a vários locais para ter sua condição reconhecida e se for usado um ou outro como sugeriu Maurício, isto é, usar o laudo de perícia médica ou a avaliação biopsicossocial, no caso de se usar a perícia médica, ela não estará no modelo único que é o da Convenção.

Maurício então, comenta que nesse caso teremos que lidar com a questão de estarmos criando uma dificuldade a mais de acesso ao benefício nesse primeiro momento, mas que a longo prazo isso vai se dissipar.

Dr. Thomas pede a palavra e comenta que dessa forma estaríamos criando uma regra e que com o Instrumento não será incremental. Se está previsto algum tipo de avaliação da deficiência, nós não vamos inserir mais outro e o nosso intuito, realmente, é reduzir. Só que estamos começando a ver que há uma infinidade de normas e as políticas públicas são muito diversas e que precisamos nos atentar para não enviesar nesse primeiro momento, o pensamento, como o instrumento é excludente ou o instrumento é incremental, mas de trabalharmos de uma forma mais customizada, passo a passo, com cada legislação. E em cada legislação vemos se vai ser feito uma associação ao instrumento ou não. Não acha conveniente nesse primeiro momento, considerando a diversidade de conteúdo das normas, a gente já estabelecer regras muito binarias, porque isso muda todo o processo de decisão.

Maurício corrobora com a fala e afirma que a melhor forma é que ao perceber algo como a situação descrita seja colocado no relatório que o grupo indica a alteração do texto mudando de “perícia médica” para avaliação nos termos do Artigo 2º da LBI. Tendo o cuidado com os requisitos adicionais que uma ou outra política pública possa ter para acesso ao benefício. Isto é, a normativa dessa política pública precisará continuar apontando os requisitos adicionais necessários para o acesso ao benefício.

Carolina L. Echeverria corrobora com a fala de Mauricio e complementa salientando a importância de se levar em consideração alguns requisitos como o econômico que não são diretamente envolvido com instrumento de avaliação da deficiência e talvez esse indicativo de um requisito adicional, seria interessante que ele constasse no próprio instrumento. Assim, a pessoa não necessitaria se submeter a mesma avaliação para acesso ao benefício.

Mauricio concorda e pergunta a Liliane se seria possível levar essa discussão no GTE do Instrumento?

Liliane responde que a ideia era realmente fazer isso. Explica que o instrumento tem uma parte da avaliação que é social, que vai checar renda, composição familiar entre outras coisas, e a ideia é que esses critérios já estejam embutidos nesses formulários, que vão além dessa avaliação que é feita pela perícia médica e por profissionais da saúde, para que esses critérios já estejam ali sinalizados. Tem algumas questões que são especificas da avaliação, como por exemplo, como questões previdenciárias que é pra avaliação da deficiência intelectual grave, então a pessoa já vai sair com isso sinalizado porque já vai ter o tipo e grau da deficiência. E outras que não porque envolve outras questões.

Maurício diz que o previdenciário que mais o preocupa é a questão de variação do grau de deficiência ao longo do tempo. Pergunta se no instrumento vai ser feito isso pois para a aposentadoria isso é essencial. E talvez precise realizar outra avaliação.

Liliane responde que o instrumento da LC142, ele já faz isso, então a ideia é fazer uma adaptação, até porque o instrumento é muito parecido com o IFBr-A que é usado como base para o IFBr-M. Acredita que essa questão não será problema. Mas a dúvida dela é com relação a esses outros critérios como ter habilitação para dirigir que é algo bem específico e possa ser necessário inserir algumas perguntas chaves nos formulários para direcionar para o atendimento ou não desses critérios, mas isso é algo que já está no radar do GTE do Instrumento e, provavelmente, na próxima reunião será tratado política por política e quais são esses critérios precisam constar no instrumento para que isso já facilite, inclusive, na hora de fazer a norma.

Outra coisa que ela gostaria de comentar é que tem duas políticas que o grupo do instrumento tinha entendido que não entrariam nesse modelo único, uma é o IRPF, porque fala de diagnóstico e não em deficiência.

Maurício responde que a legislação do IRPF não dá isenção para pensão de pessoas com deficiência, ela dá isenção para pessoas que tenham determinadas enfermidades graves. Então não caberia uma interferência desse GTE de Normativos, mas sim uma mudança na política pública, ou seja, o congresso nacional dizer que essa isenção é para pessoa com deficiência grave, aí talvez mudasse, mas do jeito como está formatado a política pública, eles têm razão. Pois a pessoa pode ter aquela determinada enfermidade, mas não ser pessoa com deficiência. Lembrando que o impedimento é só um primeiro passo para reconhecer a pessoa com deficiência, tem a avaliação social também.

Liliane comenta que a outra política pública é a pensão por talidomida, que é uma questão muito específica e bastante circunscrita com relação às pessoas que tem esse diagnóstico. Que é muito baseada em diagnóstico e tem toda uma contagem de pontos para que a pessoa receba a pensão. É mais para deixar no radar do GTE de normas que houve essa sinalização no grupo do Instrumento e se tiver alguma outra que o GTE de normas entender também que não cabem, que se for preciso pode-se agendar uma reunião com o s dois grupos para discutir mais a fundo essas políticas.

Inclusive o Conade chegou a questionar se não seria um bom momento para mudar com relação ao IRPF, e foi respondido que para isso seria necessário a mudança da Lei.

Marcelo corrobora com o comentário e informa que a questão da talidomida está identificada em um dos grupos e será analisado. Acredita que será uma questão muito parecida com a do o IRPF. Que é importante perceber essa diferenciação de que nem tudo que é para algumas enfermidades, para algumas políticas de benefício que vai afetar a pessoa com deficiência de modo geral. Porque estamos trabalhando aqui a avaliação da pessoa com deficiência. E tem coisas que não são para pessoa com deficiência, como é o caso do IRPF e da talidomida. Aí o grupo não interferiria.

Em continuidade Maurício comenta que já iniciou esboçar uma minuta de decreto e que uma das primeiras coisas que ele colocou que essa avaliação, modelo que está sendo proposto é suficiente para reconhecer que a pessoa é pessoa com deficiência e qual é o grau dessa deficiência. Eventuais requisitos previstos nas políticas públicas continuam valendo. Também pensou na elaboração de um laudo ou um cartão onde a pessoa com deficiência pode se identificar como tal para uma política diferente que vá ajuda-la como por exemplo na questão da meia entrada, talvez se ela tivesse um cartão dizendo que ela é pessoa com deficiência como esse que já são usados em estacionamentos exclusivos, que é renovável a cada período. Isso poderia ser pensado e cabe na avaliação, porque isso interfere em por quanto tempo vale essa avaliação, e isso tudo pode ser determinado no instrumento.

Thomas pede a palavra para comentar que o governo agora está com uma política de governo digital e está com uma série de documentos feitos pela via digital, acessado pelo telefone, que tem sido uma marca desse governo que poderia aproveitar esse momento para sugerir uma identificação digital para a pessoa com deficiência.

Lembrando que na última reunião do GTE de Normas foi falado sobre se buscar nas notas técnicas da Lei de visão monocular, lei 10.654, visto ser a redação que estamos usando como referencial para os trabalhos do grupo, para ver se a gente pega alguma dica a respeito do que se justificaram essa elaboração, qual foi a estratégia dentro da legislação. Pergunta a Carolina L. Echeverria da CONJUR se ela conseguiria disponibilizar essa nota técnica para auxiliar na elaboração do relatório ou mesmo na nossa proposta de redação técnica a ser usada na redação da norma.

Antes da resposta da Carolina, Maurício passa a palavra para Vinicius Prado, que havia solicitado, que pergunta como se daria o aproveitamento da avaliação por outros órgãos, visto que a deficiência pode haver alteração de agravamento, ou não, na condição física ou com relação as barreiras ou com a interação, como se daria esse aproveitamento ao longo do tempo? E se uma avaliação realizada por um órgão poderá ser revisada por outro? Pergunta porque essa questão do aproveitamento traz isso. Porque quando a pessoa alegar que para uma política ela tem uma deficiência grave e poderá ter acesso a certa política, porém numa avaliação anterior feita por outro órgão ela não foi considerada dessa forma. Acredita que essa questão deve ser considerada pelo grupo.

Maurício concorda e afirma que se sair de fato um decreto do presidente da república instituindo esse modelo de avaliação e tornando obrigatório para toda administração pública federal, se bastara fazer uma única vez. E a questão da periodicidade, é algo que deverá ser previsto no instrumento, pois acredita-se que o laudo deva informar sua validade e a necessidade de reavaliação. Mas o mais importante é trabalhar isso no decreto que vai instituir essa avaliação, colocar quem vai fazer e quem é obrigado a verificar.

Loni pede a palavra e diz se preocupar com essa questão da identificação da pessoa com deficiência, pois tem um projeto no Senado Federal que visava essa identificação já no documento de identidade. E sofreu uma barreira por se considerar algo discriminatório. Porem acredita que não seja porque muitas deficiências não são visíveis, e na discussão foi falado sobre a autodenominação de pessoa com deficiência e essa questão a preocupa bastante.

Mauricio diz que isso é uma questão que deva ser levada em conta, mas que ele trouxe essa questão da identificação porque ele pegou uma política pública como exemplo, da meia entrada, e que a nossa função não é formular essa política pública de identificação da pessoa com deficiência, mas sim sugerir quando for instituir essa avaliação que a pessoa saia com um documento dizendo que ela passou por essa avaliação.

Lono comenta também que várias categorias de pessoas com deficiência, ou com uma doença, não querem participar de avaliações anuais, ou bianuais. Por exemplo as pessoas com uma deficiência permanente, que não irão apresentar qualquer progressão em alguma das suas habilidades, essa poderia ficar isenta. E como poderíamos sugerir isso?

Mauricio intende que não seria função do GTE dos Normativos sugerir, isso seria mais uma questão do instrumento de avaliação. Imagina que nesse caso o laudo do instrumento já irá refletir isso, mas sem descartar uma possível reavaliação.

Liliane pede a palavra para esclarecer que algum desses pontos não foram fechados no GTE do Instrumento e ele não é só do instrumento, é também do modelo único. Então, por exemplo, a reavaliação, nós temos algumas políticas que é mandatório uma avaliação a cada dois anos. Então para essa política terá reavaliação. Agora outras não pedem, não definem em norma e aí não vai precisar. Isso vai depender de qual política aquela pessoa vai acessar.

Um estudo do IPEA fala que o número de avaliação e reavaliação impacta muito no custo delas, a ideia é fazer o menor número de avaliações possível desde que atenda os critérios que estejam sendo seguidos na legislação.

Quanto a certificação com QRcode também procuramos os modelos internacionais, eles tem também umas identificações digitais mas isso ainda não está definido pois uma parte do movimento acha que colocar essa identificação é discriminatório porque você não coloca lá que você é louro, baixo ou negro na identidade, então porque colocar que é pessoa com deficiência. Essa é um tema sensível e deve ser discutido com a pessoa com deficiência e depois pode abrir para discussão.

Mauricio corrobora falando que isso foge ao nosso escopo que é muito mais específico que trata que vai haver um novo modelo de avaliação com um instrumento e esse precisa ser efetivo. É esse o nosso Norte. E é por isso que se colocou no começo da reunião a necessidade do extremo cuidado com os requisitos adicionais das políticas públicas. A gente não pode mexer nisso, mexer em coisas que não são da nossa alçada porque vamos mexer em políticas públicas que poderá acarretar judicializações complexas. A ideia de sair uma referência de avaliação nesses instrumentos que a gente vai propor a mudança, “avaliação a ser feita de acordo com o artigo 2º da Lei 13.146” é justamente essa. Porque saia o que sair do instrumento, se vai avaliar, se vai reavaliar, vamos pressupor que aquilo está de acordo com a Lei 13.146, e aí todo o resto estará de acordo com aquilo e não vamos precisar ficar cada vez revendo essas normas e não gerará problema.

Continuando, Mauricio informa que os grupos estão com integrantes neles para análise e apresenta uma tabela para preenchimento contendo informações pertinentes ao relatório a ser apresentado, tabela essa que será disponibilizado aos participantes, e explica a forma de preenchimento.

Encerrando os esclarecimentos sobre preenchimento, Mauricio pede aos participantes para que envie seus trabalhos para o e-mail do GTI para posterior compilação e para isso propõe que a próxima reunião seja realizada em 15 dias, com o objetivo de analisar, mesmo que preliminarmente, os resultados dos trabalhos dos grupos ou das pessoas que estão trabalhando com os grupos e normas.

Todos concordam e a próxima reunião ficou agendada para o dia 18 de maio de 2021.

Finalizando a reunião.

ENCAMINHAMENTOS:

- Próxima reunião será dia 18/05/2021, das 15h às 16h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

8ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 18 dias do mês de maio de dois mil e vinte e um (2021), às 16 horas e 30 minutos, foi realizada a 8ª Reunião do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora e trinta minutos. Na reunião, estiveram presentes:

Nome	**Órgão/Entidade**
Maurício Maia	AGU
Thomas Augusto Ferreira de Almeida	AGU
Carolina Lages Echeverria	Conjur
Loni Manica	Senado
Liliane Bernardes	MMFDH
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Denise Maria Rodrigues Costa	Ministério da Saúde
Gerson Soares Pinto	Ministério da Economia
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania

Mauricio Maia, da AGU e Coordenador do GTE, inicia a reunião agradecendo a participação de todos e apresenta a pauta do dia, a saber:

Pauta:

- Andamento dos trabalhos de análise das normas existentes, e o encaminhamento das próximas etapas;
- Discussão sobre questões levantadas pelo GTE do instrumento;
- Informações Gerais;
- Encerramento.

Sem objeções quanto a pauta apresentada, Maurício inicia a fala fazendo um feedback do que ele já conseguiu desenvolver sobre os normativos do grupo de tributário que poderá ser falado hoje caso tenha tempo, e o Dr. Thomas tem um material a ser apresentado sobre os normativos e tem uma questão que veio do GTE do Instrumento sobre a possibilidade de estabelecer órgãos diferentes para realizarem a avaliação para benefícios diferentes, pois imaginam que um só órgão não terá braços suficientes para realizar as avaliação para todas as políticas públicas. E Mauricio já adiantou para eles que, em discussão preliminar, é muito complicado se ter um instrumento único, estabelecido por decreto do governo federal, e esse instrumento é utilizado para fazer uma avaliação de um órgão oficial, o instrumento está de acordo com o artigo segundo da LBI, e aí fica muito difícil de se defender em juízo que essa avaliação não vale para alguma finalidade. Então o melhor seria um *avacatio* maior para implementação desse instrumento para não se perder o caráter de avaliação única e tenhamos dificuldades de segurança jurídica.

Outro ponto que o GTE do Instrumento trouxe para nossa análise, é a possibilidade de o instrumento prever etapas. Por exemplo, se na avaliação médica para verificação das funções e estrutura do corpo, se identificar que não há o impedimento, se há a necessidade de avançar para a avaliação social. Mauricio comenta que é uma situação complicada em se dizer que mesmo que não haja impedimento vai se gerar uma demanda pela avaliação social que no fim das contas não serão uteis.

Liliane pede a palavra para fazer um esclarecimento sobre esse assunto e diz que essa questão de a não constatação do impedimento servir como um filtro é por causa do próprio conceito de deficiência dada pela convenção e toda a luta histórica das pessoas com deficiência se apartarem desse conceito biomédico. Então se a gente já inicia a avaliação com base no modelo biomédico, que é justamente somente a constatação do impedimento, isso voltará ao conceito que é o que está sendo abandonado na convenção. Por isso surgiu essa discussão, que apesar de ser mais eficiente proceder dessa forma parando a avaliação caso não se constate o impedimento, mas, em razão do conceito da convenção que há um afastamento desse modelo biomédico, partir desse pressuposto de que a não constatação do impedimento já seria suficiente. Mas essa questão foi trazida para esse GTE por se tratar de um ponto que vem sendo discutido há muito tempo no GTE do instrumento e é necessário um respaldo jurídico sobre se é de uma forma ou se é de outra.

Mauricio diz que entende a questão porém ele entende que o caráter do GTE Normativo é muito mais para analisar as normas que precisam conversar entre si e de uma eventual norma que venha a colocar o instrumento do que propriamente de como quem vai fazer a aplicação desse instrumento se portar de acordo com que ele for percebendo. É uma questão muito mais afeta a construção do instrumento do que efetivamente ao trabalho que temos aqui no GTE normativo. Talvez seja fundamental essa discussão no GTI. Porém o GTE Normativo não tem essa característica de assessoramento jurídico para o GTI, esse assessoramento jurídico será feito no âmbito dos respectivos Ministérios que receberem o trabalho do GTI. Contudo, pelo fato de termos bastantes membros da AGU participantes tanto dos GTEs quanto do GTI, podemos deixar algumas indicações para ajudar no trabalho, porém não é o nosso papel nesse momento.

Quanto a questão do conceito, Mauricio concorda e complementa dizendo que temos dois problemas, um é a extensão do novo conceito, porque o fato de ser um conceito social da deficiência não quer dizer que não exista a questão médica para ser considerada. Não é que se abandonou a questão médica, nos abandonamos o conceito unicamente médico. Essa é uma discussão mais ampla que precisa ser feita. Outra questão é o problema da tradução ruim da convenção para o Brasil. Pois o texto em inglês da convenção fala que pessoas com deficiência incluem aquelas que tem alterações na estrutura do corpo, e na nossa tradução diz que pessoas com deficiência são aquelas que possuem alterações na estrutura do corpo. O que parece que

o conceito da convenção era pra ser mais amplo porem quedo veio ao Brasil acabou por ser um pouco restrito e aí é uma questão constitucional de incorporação da norma no direito brasileiro que também precisa ser considerada na elaboração desse instrumento. o que pode precisar de uma discussão num fórum mais amplo do que esse.

Liliane comenta que a ideia é essa mesma de se ter recomendações, apesar que a expectativa do GTE do instrumento era de ter esse assessoramento, mas já foi deixado bem claro o posicionamento desse GTE de Normativos quanto a isso. Mas ter algumas recomendações é importante para a produção do relatório final.

Mauricio externa preocupação com relação a competência porque o GTE de Normativos tem um escopo específico e a destinação dos trabalhos do GTI é dos respectivos ministros que irão receber o produto do trabalho e levar adiante. Certamente isso vai ter que passar pelas consultorias jurídicas dos ministérios e essa análise é de competência deles.

Liliane explica também que sobre o outro ponto que estava comentando é que a sugestão não era fazer modelos diferentes para políticas diferentes, mas sim o mesmo modelo para todas, mas a implantação gradual, com a implantação de alguns pilotos em alguns estados e poder ser ampliando no restante do país posteriormente.

Mauricio afirma ser possível fazer essa implantação gradual pois a norma poderá prever essa implantação gradual e onde já tiver a avaliação seja aplicada e onde ainda não a tiver usará o modelo anterior. Mas essa é uma questão mais política de se verificar a capacidade de implantação do órgão que irá aplicar o instrumento.

Mauricio então passa a fala para Dr. Thomas para realizar apresentação sobre os trabalhos desenvolvidos pelo grupo 2: Cidadania e Trabalho.

Dr. Thomas, então começa sua apresentação e discute com o grupo cada normativo.

O produto dessa análise constará no relatório final a ser produzido pelo GTE de Normativos.

26 min

Finalizada a apresentação e as discussões a respeito, encerrou-se a reunião tendo como consenso a realização da próxima reunião no dia 25/05/2021, no mesmo horário das 15h.

ENCAMINHAMENTOS:

- Próxima reunião será dia 25/05/2021, das 15h às 16h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

9ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 25 dias do mês de maio de dois mil e vinte e um (2021), às 15 horas, foi realizada a 9ª Reunião do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora e trinta minutos. Na reunião, estiveram presentes:

Nome	**Órgão/Entidade**
Maurício Maia	AGU
Thomas Augusto Ferreira de Almeida	AGU
Carolina Lages Echeverria	Conjur
Loni Manica	Senado
Rodrigo Abreu	MMFDH
Denise Maria Rodrigues Costa	Ministério da Saúde
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Vinícius Brandão Prado	Ministério da Cidadania

Mauricio Maia, servidor da AGU e Coordenador do GTE, inicia a reunião agradecendo a participação de todos e apresenta a pauta do dia, a saber:

Pauta:

- Apresentação e deliberação sobre os resultados das pesquisas dos grupos de normas sobre servidor público e saúde/trabalho, bem como complementação do grupo de normas sobre cidadania;
- Informações Gerais;
- Encerramento.

Sem objeções quanto a pauta apresentada, Maurício inicia a fala

Mauricio inicia a reunião explicando que ao verificar os decretos 3.298 e 5.296, que são normas que trazem a definição da pessoa com deficiência ainda baseada no conceito médico, e que as separou em uma outra planilha que está compilando como grupo 7 - Normas Gerais, para que o grupo possa indicar para que saia uma definição que praticamente repita que está no artigo segundo da LBI e no artigo primeiro da convenção, acreditando ser o suficiente para adequação.

Mauricio continua informando que na semana anterior houve uma reunião do GTI onde foi apresentado o como seria feito o trabalho do GTE de Normativos e a Diretora Liliane disse que identificou duas normas que precisariam passar pela análise desse grupo. Uma relativa a habilitação de pessoa com deficiência que está no CTB e a outra norma era o Tratado de Marraqueche referente a apresentação de materiais para inclusão da inclusão de pessoas cegas. Analisando-as, resumidamente, a norma do CTB fala em garantias de realização do exame de habilitação pela pessoa surda, sendo garantida a ela todos os meios de comunicação para poder se comunicar adequadamente com examinador, não trata de fato de avaliação, de qualificação de quem esta é a pessoa com deficiência auditiva ou não, sendo uma daquelas normas que a gente provavelmente não vai mexer. Quanto ao Tratado de Marraqueche, é um tratado internacional do qual o Brasil faz parte, embora promulgado por um decreto, não há nenhuma possibilidade de alteração daquela norma. Cabendo ao Brasil ou denuncia e sai do Tratado de Marrakeche, ou assina nos termos que está ali colocado. Então é uma norma que a gente não tem ingerência.

Finalizando os informes preliminares, Mauricio passa a palavra para Carolina iniciar sua apresentação sobre normas de servidor, iniciando pela Lei 8.112, no primeiro ponto é a constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público, nas vagas reservadas às pessoas com deficiência. Artigo quinto, parágrafo segundo que são requisitos básicos para investidura no cargo “as pessoas portadoras de deficiência é assegurado o direito de se inscrever em concurso público para provimento de quartos de cargo cujas atribuições sejam para a pessoa ser validadas até 20% das vagas oferecidas”, não faz referência avaliação; Artigo 14 que fala: “a posse em cargo público dependerá de prévia inspeção médica oficial”, parágrafo único: “só poderá ser empossado aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo”, nesse ponto o grupo debateu quanto a necessidade de alteração do texto com a inclusão de um novo artigo especificando que a avaliação de pessoa com deficiência deverá se dá conforme previsto no Artigo segundo da LBI, porem decidiu-se por não indicar a alteração mas constar uma observação com subsídios para tomada de decisão competente, visto que o artigo 14 e o artigo 5 não falam de avaliação da deficiência mas abrem precedente para a realização de avaliação para investidura no cargo público. Tornando-se incompatível com a LBI.

Todos de acordo, passou-se para o Artigo 98 da Lei 8.112, parágrafos segundo e terceiro será concedido horário especial ao servidor solicitante quando comprovada a incompatibilidade entre o horário escolar e o da repartição sem prejuízo do exercício do cargo. Parágrafo segundo: também será concedido horário especial ao servidor portador de deficiência quando comprovada a necessidade, por junta médica oficial, independentemente de compensação de horário. E o parágrafo terceiro: as disposições constantes no parágrafo segundo são extensíveis ao servidor que tenha cônjuge, filho e/ou dependente com deficiência. Nesse caso o grupo entendeu a necessidade de alteração no parágrafo segundo para fazer remissão a LBI, visto não ser mais o caso de se utilizar junta médica oficial.

No artigo 186 da mesma Lei, fala da aposentadoria por tempo especial para servidor com deficiência com mandado de injunção. Como não fala de avaliação da pessoa com deficiência não cabe interferência desse grupo. Esse caso deverá ser discutido mais profundamente com o

grupo de previdenciário pois é necessário Lei complementar para regulamentar a aposentadoria da pessoa com deficiência.

Artigo 217: Pensão de servidor público falecido, com dependente, filho, enteado ou irmão com deficiência intelectual ou mental. São beneficiários da pensão; Inciso 4: o filho e qualquer condição que atenda a um dos seguintes requisitos; alínea d: tenha deficiência intelectual ou mental. Por não fazer referencia a avaliação da deficiência não cabe alteração.

Artigo 222, inciso 3: acarreta perda da qualidade de beneficiário a cessação tem validez, em se tratando de beneficiário inválido, ou afastamento da deficiência, em se tratando beneficiário com deficiência. Também não faz referência à avaliação da deficiência, não será necessária nenhuma alteração.

Continuando no mesmo artigo 222, passando para o parágrafo 1º: A critério da Administração, o beneficiário de pendão cuja preservação seja motivada por invalidez, por incapacidade ou por deficiência poderá ser convocado a qualquer tempo para avaliação das referidas condições. Fala em avaliação de uma forma genérica não cabendo alteração.

E o parágrafo 8º: no ato de requerimento de benefícios previdenciários, não será exigida apresentação de termo de curatela de titular ou de beneficiário com deficiência, observados os procedimentos a serem estabelecidos em regular. Também não cita avaliação, não cabendo qualquer alteração.

Com a concordância dos participantes na análise da Lei 8.102, não cabendo alterações, passou-se para o próximo ponto de análise, o Decreto 3.298, artigo 16, parágrafo segundo: Os órgãos e as entidades da Administração Pública federal direta e indireta responsáveis pela saúde devem dispensar aos assuntos objeto deste decreto tratamento prioritário e adequado, viabilizando, sempre prejuízo de outras, as seguintes medidas: § 2º A deficiência ou incapacidade deve ser diagnosticada e caracterizada por equipe multidisciplinar de saúde, para fins de concessão de benefícios e serviços. Neste ponto o grupo entendeu que há necessidade de alteração no texto visto enfatizar “equipe multidisciplinar de saúde”, que já não é mais compatível com a LBI. Sugere-se, então, a alteração para: a deficiência deverá ser avaliada conforme artigo segundo LBI.

Decreto 5.992, Art. 3º-B: Aplica-se o disposto nesse decreto ao servidor ou colaborador eventual que acompanhar servidor com deficiência deslocamento a serviço.

§1º A concessão de diárias para acompanhante será autorizada a partir do resultado de perícia oficial no âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público que ateste a necessidade de acompanhante no deslocamento do servidor.

§2º A perícia de que trata para primeiro será a validade máxima de 5 anos, podendo ser revista qualquer tempo, de ofício ou mediante requerimento.

Considerando que o texto fala em “pericia oficial”, entende-se que há a necessidade de alteração no texto para “a concessão de áreas para acompanhante será autorizada a partir do resultado de avaliação da pessoa com deficiência nos termos do artigo segundo da LBI, que ateste a necessidade de acompanhante.”

Decreto 9.508, Art. 5º, inciso: O órgão ou a entidade da Administração Pública Federal responsável pela realização de concurso público ou do processo seletivo de que trata a Lei nº 8.745, de 1993, terá a assistência de equipe multiprofissional composta por três profissionais

capacitados e atuantes nas áreas das deficiências que o candidato possuir, entre os quais um deverá ser médico, e três profissionais da carreira a que concorrerá o candidato.

Parágrafo único: A equipe multiprofissional emitirá parecer que observará:

I - as informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição do concurso público;

II – a natureza das atribuições e tarefas essenciais do cargo, do emprego ou da função a desempenhar;

III - a viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas;

IV - a possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou de outros meios que utilize de forma habitual, e;

V – o resultado da avaliação com base no disposto §1º do artigo 2º da lei 13.146, de 2015, sem prejuízo adoção de critérios adicionais previstos em edital.

Nesse caso além da avaliação pelo Biopsicossocial, a política exige requisitos específicos. É uma política de inclusão das pessoas com deficiência que envolve toda essa análise de todos esses itens além da avaliação Biopsicossocial. A pessoa com deficiência, para se caracterizar como pessoa com deficiência, vai ter passado por essa avaliação Biopsicossocial e essa e uma outra equipe que vai cuidar especificamente do concurso em si. Que vai olhar as condições de Acessibilidade para a pessoa depois poder exercer o cargo. Esse já é o segundo passo da avaliação e que não é um dispositivo que devêssemos interferir.

Em continuidade, o Art. 3º trata da reserva de cargos concursos públicos que não traz qualquer menção a avaliação da pessoa com deficiência, não necessitando de qualquer intervenção.

Já no inciso 4º, faz referência a exigência da apresentação pelo candidato com deficiência no ato da inscrição de comprovação da condição de deficiência nos termos disposto no § 1º, do Art. 2º, da Lei nº 13.146. Exatamente a construção que propomos para os decretos e na lei.

E o último item é a avaliação da idade mental de dependente para demostrar para concessão de auxílio escolar. Porém o grupo não localizou a legislação para realizar a análise e definiu-se que fosse estudada posteriormente.

Finalizada a apresentação, passou-se a palavra para o próximo grupo - Tributário, com apresentação do Coordenador e representante da AGU, Maurício Maia.

Maurício inicia com a isenção de imposto sobre produtos industrializados na aquisição de automóvel, IPI, para transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas com deficiência. Considerando que a legislação não trata de avaliação da pessoa com deficiência, mas sim de quais deficiências poderão se beneficiar dessa isenção, característica da política pública, mas especifica que serão consideradas pessoas com deficiência aquelas que são definidas por uma conceituação médica, o grupo decidiu por a principio não haverá alteração na caracterização do destinatário da política pública tenham em mente que esses destinatários agora são estabelecidos de uma forma diferente, isto é, por meio da avaliação biopsicossocial conforme previsto na LBI. Sugerindo alteração no § 4º.

01:09:09

Adiante, dentro dessa política pública, ainda tem a Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2/2003, que define critérios e/os requisitos para emissão de laudos de avaliação de pessoas portadoras deficiência mental severa ou profunda, autistas com a finalidade de obtenção da isenção de imposto. Essa portaria deverá ser integralmente revogada porque ela está estabelecendo um método de avaliação da pessoa com deficiência, o não é compatível com a LBI. Com isso, o grupo concorda em indicar a revogação pura e simples.

Outra Instrução Normativa que requer análise é a nº 1769 da Receita Federal do Brasil, de 2017, que disciplina essa aplicação de isenção de IPI e IOF para aquisição de veículos por pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas e dá outras providências, pois em seu art. 2º, § 1º diz que para a verificação da condição de pessoa com deficiência física e visual deverá ser observado: I - no caso de deficiência física, o disposto no art. 1º da Lei 8.989, de 1996, e nos art. 3º e 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999; que já é consenso no grupo a necessidade de alteração adequando-se a LBI. II - no caso deficiência visual, o disposto no§ 2º, do art. 1º da Lei 8.989, que foi debatida no grupo anteriormente, e optou-se pela indicação de alteração, também o mesmo será feito para o Art. 2º, § 1º.

O art. 3º o direito à isenção de IOF de que trata esta instrução normativa poderá ser exercido por pessoa com deficiência física, nos termos do inciso I, do § 1º do artigo 2º, da qual decorra incapacidade total para dirigir automóvel convencional atestada mediante laudo emitido pelo Departamento de Trânsito (DETRAN) do estado onde o requerente reside em caráter permanente, o qual deve especificar as adaptações especiais que devem ser feitas no veículo a fim de permitir sua condição pela pessoa com a deficiência atestada. Traz aqui um requisito adicional para o benefício o qual não poderemos alterar.

O grupo então decidiu por sugerir alteração apenas onde define pessoa com deficiência porque não pode fazer a definição desse jeito e as compatibilizações necessárias.

Passando para prioridade de evolução do imposto de renda, mais especificamente a Lei 9784, art. 69-A que é lei geral de processo administrativo federal, que diz: Terão prioridade na tramitação, em qualquer órgão ou instância, os procedimentos administrativos em que figure parte ou interessado: II - pessoa portadora de deficiência, física ou mental; e inciso IV que dá algumas enfermidades que, apesar de a pessoa não ser pessoa com deficiência, ela poderá ter o direito ao atendimento prioritário. Como não fala de avaliação nem de como se dá a definição de deficiência, não há necessidade de alteração do dispositivo.

Também sobre isenção de imposto de renda, a Lei 7.713, Art. 6º, inciso XIV os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente de serviço e os percebidos por portadores de deficiência (...), e traz uma série de enfermidades como tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, enfim, não é um benefício destinado à pessoa com deficiência e sim um benefício destinado às pessoas portadoras dessas enfermidades, o que não caberia uma intervenção.

A Lei 8383, art. 72, trata da isenção de IOF. Ficam isentas do IOF as operações de financiamento para aquisição de automóveis de passageiros fabricados no território nacional de até 127 HP (cento e vinte e sete horse-power) de potência bruta, segunda classificação normativa da sociedade automotiva de engenheiros (SAE), e os veículos híbridos e elétricos, quando adquiridos por:

IV - pessoas portadoras de deficiência física atestada pelo Departamento de Trânsito do Estado onde residem em caráter permanente, cujo laudo de perícia médica especifique.

Nesse caso sugere-se alteração no corpo do inciso IV onde seja substituído os dizeres Laudo de perícia médica por avaliação da eficiência deverá ser a estabelecida em avaliação psicossocial nos termos do Art. 2º, da LBI, especifique. Pois os requisitos adicionais são necessários ao benefício. Sugerindo, ainda, a adequação das alíneas.

Encerrando a análise dos dispositivos do grupo de Tributário, Maurício Maia, coordenador do GTE, se compromete a enviar a todos os participantes do grupo planilha atualizada contendo os resultados desta reunião, ficando para a próxima reunião a análise dos grupos da saúde e trabalho, o grupo de moradia, educação superior e atendimento prioritário. E o grupo de assistência e previdência para a semana seguinte.

ENCAMINHAMENTOS:

- Próxima reunião será dia 01/06/2021, das 15h às 16h30, também pela plataforma Zoom.
- Envio da planilha atualizada até o momento das análises feitas;
- Discussão dos grupos de saúde e trabalho, e grupo de Moradia, educação superior e atendimento prioritário.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

10ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Ao 01º dia do mês de junho de dois mil e vinte e um (2021), às 15 horas, foi realizada a 10ª Reunião do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora e trinta minutos. Na reunião, estiveram presentes:

Nome	**Órgão/Entidade**
Maurício Maia	AGU
Thomas Augusto Ferreira de Almeida	AGU
Carolina Lages Echeverria	Conjur
Loni Manica	Senado
Liliane Bernardes	MMFDH
Hisaac Oliveira	MMFDH
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH
Denise Maria Rodrigues Costa	Ministério da Saúde
Gerson Soares Pinto	Ministério da Economia
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania

Mauricio Maia, da AGU e Coordenador do GTE, inicia a reunião agradecendo a participação de todos e apresenta a pauta do dia, a saber:

Pauta:

- Discussão sobre análise das normas dos grupos de moradia/educação superior/atendimento prioritário e saúde/trabalho;
- Informações Gerais;
- Encerramento.

Sem objeções quanto a pauta apresentada, deu-se início a reunião.

Mauricio Maia, confirma que todos tenham recebido a planilha atualizada conforme combinado em reunião anterior, com a inclusão de um campo onde haveria as indicações de atenção em relação a alguma norma que precise de atenção mais especial por parte de quem deva analisar ou alterar se for o caso.

Passando a palavra para a representante do Ministério da Saúde, Denise Maria Rodrigues Costa, começou-se a apresentação referente as normativas de saúde e trabalho para a pessoa com deficiência.

As normativas Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime e gratuita (Lei 8080/1990, Portaria 793/GM/MS, de 24/04/2012); Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adultos e infanto-juvenil (Portaria n°3.088/GM/MS, de 23/12/2011); e Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa econômica Federal) (Decreto nº 9.345/2018, Art. 35), sendo que as duas primeiras foram revogadas por portaria de consolidação do Ministério da Saúde, são normativas que não já necessidade de alteração visto que também as duas primeiras não mencionam diagnóstico ou avaliação da deficiência; e a última se adianta em estabelecer que, ao ser regulamentado o instrumento de avaliação da deficiência de que trata o § 2º da Lei 13.146 de 06 de julho de 2015.

Denise explica que o Ministério da saúde em 2017 publicou três portarias que são chamadas Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde, no total foram seis portarias que mantiveram as determinações vigentes porém com a numeração dessas Portarias de Revogação, isto é, o texto está vigente mas a numeração a que se refere mudou.

Um exemplo dessas Portarias de Consolidação são as Portarias 793 de abril de 2012 e nº 3.088/GM/MS, de 23/12/2011, que passam a se referir como Portaria de Consolidação nº 3 de 28/09/2017.

Essas foram as normas constantes da planilha e pesquisando outras encontramos a portaria de consolidação número 5, de 28/09/2017, § 3º Para a dispensação de que trata o inciso III do caput, o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade de uso se fralda geriátrica, no qual conste, na hipótese de paciente com deficiência, a respectiva Classificação Internacional de Doença (CID). (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21, §3º)(Dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM937/2017).

Art. 10 Para fins do disposto no art. 9º, considera-se áreas prioritárias para execução das ações e serviços de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência; III – desenvolvimento de projetos de pesquisas clinicas, epidemiológicas, experimentais e socio antropológicas, especialmente voltadas; b) ao uso da CIF e sua aplicabilidade no campo da saúde para as pessoas com deficiência.

O grupo, após discussão sobre o assunto, decide por propor alteração com relação ao Art. 21, § 3º. E com relação a outros trechos vai colocar uma observação para melhor análise do órgão responsável pela normativa.

O próximo ponto refere-se ao acesso ao serviço de saúde do SUS e na Saúde Suplementar, de forma integral, equânime universal e gratuita. Resolução nº 452, de 10 de maio de 1012, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Nesse caso não há necessidade de alteração visto que o instrumento discutido também é baseado na CIF e não fala especificamente que será usada para avaliar a deficiência.

Resolução 33 de 22/03/2018. Institui o Sumário de Alta e Registro de Atendimento Clínico que compõem o Registro Eletrônico de Saúde (RES) e integram o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS). Trata-se de uma série de formulários a serem preenchidos, porém não fala de um modelo específico para avaliação da deficiência. Liliane comenta que isso vai depender muito de como instrumento vai fechar as informações que precisam ser avaliadas, do paciente ou usuário. Acredita que neste momento não tenha como dizer se vai alterar ou não. Pois são informações muito específicas de restrição funcional, de incapacidade etc. e no instrumento haverá uma tabela que vai avaliar justamente a funcionalidade, mas ainda não está fechada junto ao GTE do instrumento.

Denise salienta que a dúvida é se esses campos de formulário poderão ser respondidos a partir da avaliação? Liliane diz que sim porque a parte de restrição funcional instrumento vai avaliar se a pessoa realiza atividade de forma independente, se precisa de uma tecnologia assistiva, se ela precisa de um terceiro ou se não realiza sozinha, se preciso de um terceiro para fazer parte da atividade. Então isso é uma forma de valorar a restrição de funcionalidade, então acho que isso entra depois. E não há necessidade de alteração no restante do texto visto que não está falando de avaliação da deficiência, mas depois com um instrumento já fechado pode saber se esse formulário é compatível não.

Portaria MT nº 261, de 03/12/2012, que foi uma normativa levantada posteriormente pela equipe não estão diretamente ligadas ao Ministério da Saúde. Essa norma não foi atingida pelo ministério da saúde, mas ela menciona em algum momento, para concessão do benefício, o atestado médico emitido por profissional do SUS. Nesse caso o grupo sugere a alteração no item 1, com a inclusão no texto “nos moldes do artigo segundo da LBI”. Propondo, de forma geral, o que deve ser alterado, e no item 2 que fala que o modelo de requerimento de habilitação, declaração de composição e renda familiar, e de atestado médico - atestado de equipe multiprofissional do sistema único de saúde – SUS, (...) deverá ser alterado o texto para avaliação biopsicossocial da deficiência. O mesmo acontece no item 3 e suas alíneas.

Na Portaria OMS 502, referente o passe livre, institui o modelo de atestado da equipe multiprofissional para a identificação de pessoas com deficiência no SUS, e propõe a revogação dessa portaria. Além da alteração do artigo 7º da portaria 003 de 2001, 10/04/2001, para constar a avaliação da deficiência deverá se dar nos termos do artigo segundo da LBI.

Portaria SAS/MS nº 768 de 26/10/2006, trata de laudos para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial, e nesses formulários pede o preenchimento da CID, como campo obrigatório, porém o fato de se ter um CID não significa que o requerente seja pessoa com deficiência. Essa informação será dada a partir da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. O grupo sugere então a adequação dos modelos de laudos.

Portaria 825, de 25/04/2016. Admissão de usuários dependentes funcionalmente no serviço de atenção domiciliar. Não é necessário alteração visto ter como base a CIF.

Finalizada a análise do grupo de Saúde e Trabalho, passou-se para análise do grupo de Moradia, Educação Superior e Atendimento Prioritário.

Simone fica responsável pela apresentação e inicia pela Portaria 355, de 28/04/2017, que trata da reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência, do Ministério das Cidades e, em princípio não haveria necessidade de alteração visto que a normativa fala que a avaliação da deficiência é feita pelos municípios, trazendo dúvida sobre como o GTE atuaria nessa situação.

Liliane pede a palavra e esclarece que essa questão dos municípios e estados deverá ser discutida posteriormente porque a gente está trabalhando só com as políticas federais. Embora seja uma ação que envolve que envolve a União por conta do Ministério do Desenvolvimento Regional que faz toda essa regulação da questão da ações, depois há que se pensar num modelo de adesão desse formato de avaliação da deficiência ou, de repente, só aceitar avaliação que vai ser feita para as outras políticas.

Hissac comenta que, a não ser os estados e municípios que já tenham uma lei definindo quais são as deficiências mais ou menos no modo 3298, assim que for implementada a avaliação, eles automaticamente vão seguir os demais.

Então quanto essa portaria, o GTE entende que não precisa indicar a alteração. O mesmo ocorre com as residências inclusivas, Resolução 109, de 11/11/2009 – CNAS, e centros dias, havendo necessidade de alteração.

Rodrigo Machado pede a palavra e esclarece que a Portaria 355 de 28/04/2017 foi revogada pela portaria 416 de 14 de junho de 2017. O Ministério das Cidades soltou essa portaria 355 e o Ministério público entrou com uma recomendação contra o Ministério da cidade pedindo para revogar essa portaria, aí o ministro da cidade fez essa portaria 416 citando que embora vai cumprir fielmente nós estamos revogando para o pedido do Ministério público.

Feitos os ajustes necessários na planilha de normativas, passou-se para a Lei 12.711, de 29/08/2012, Reserva de vagas no ensino técnico e superior do instituições federais, regulamentado pela portaria normativa nº 18, de 11/10/2012. O Art. 8-B da Portaria Normativa n° 18 diz: "a apuração e a comprovação da deficiência tomarão por base laudo médico atestando a espécie e o grau da deficiência, nos termos do Art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20/12/1999, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças - CID, no caso dos estudantes que sejam pessoas com deficiência, nos termos do § 2º, Art. 3º e do parágrafo único do art. 4º desta Portaria, e se inscrevam as vagas reservadas a essas pessoas." O GTE então sugere alteração nesse normativa da seguinte forma: "Art.8-B a apuração e a comprovação da deficiência tomarão por base a avaliação Biopsicossocial, consoante previsto no § 1º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 26/07/2015, no caso dos estudantes que sejam pessoas com deficiência, nos termos do § 2º, Art. 3º e do parágrafo único do art. 4º desta Portaria, e se inscrevam as vagas reservadas a essas pessoas."

Hisaac trouxe uma dúvida com relação a existência de uma portaria nova tratando de uma outra forma de avaliação, pois em sua universidade de origem já não estavam mais somente fazendo uma avaliação do laudo médico, estavam montando uma equipe muito profissional. Se comprometendo a checar com o pessoal do núcleo para confirmação posterior.

Finalizando com a Lei 10.048, de 08/11/2000 (Art. 5º do Decreto 5.296, de 2004) Atendimento Prioritário (processual, procedimentos etc.). Essa discussão foi feita anteriormente no GTE e que trazem uma definição de deficiência e que não são compatíveis com a LBI, colocando algumas observações que são importantes sobre a necessidade de constar um conceito social de pessoa com deficiência, corrigindo assim, em grande parte, as normas.

Finalizada a discussão dos grupos de normativos reservados para essa data, Mauricio encerra a reunião informando que irá realizar o compilado das informações e atualização da tabela para ser encaminhada aos participantes juntamente com a convocação para a próxima reunião.

Pedindo a todos que, se puderem fazer uma revisão da tabela para a próxima reunião onde iremos discutir a legislação previdenciária e assistência. Reunião essa que ficou agendada para o dia 08/06/2021, as 15h.

Hisaac interrompe para informar que verificou junto ao site da universidade, o edital 2021, essa portaria n°1117 é realmente a última e lá eles fizeram a comissão por meio de resolução interno do conselho universitário. Tratando justamente da questão de como classificar a deficiência outras situações que não deveriam ser considerada por meio dessa nova legislação.

ENCAMINHAMENTOS:

- Próxima reunião será dia 08/06/2021, das 15h às 16h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

11ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 08 dias do mês de junho de dois mil e vinte e um (2021), às 15 horas, foi realizada a 11ª Reunião do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora e trinta minutos. Na reunião, estiveram presentes:

Nome	**Órgão/Entidade**
Maurício Maia	AGU
Thomas Augusto Ferreira de Almeida	AGU
Carolina Lages Echeverria	Conjur
Loni Manica	Senado
Priscilla Gaspar	MMFDH
Liliane Bernardes	MMFDH
Hisaac Oliveira	MMFDH
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH
Dannia Vasconcellos	MMFDH
Denise Maria Rodrigues Costa	Ministério da Saúde
Gerson Soares Pinto	Ministério da Economia
Mario Carboni	Ministério da Economia
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Vinicius Prado	Ministério da Cidadania

Mauricio Maia, da AGU e Coordenador do GTE, inicia a reunião agradecendo a participação de todos e apresenta a pauta do dia, a saber:

Pauta:

- Discussão sobre grupo de normas de previdência e assistência, além de encaminhamentos para continuação dos trabalhos;
- Informações Gerais;
- Encerramento.

Sem objeções quanto a pauta apresentada, deu-se início a reunião, com apresentação realizada pelo senhor Renam Alves Viana, do Ministério da Cidadania, sobre os normativos relativos a Assistência Social.

Renam explica como será feita sua apresentação iniciando pela análise das Leis, sendo a primeira a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, e uma segunda lei que será importante para o grupo porem ainda não foi sancionada, mas será em breve, e que será convertida a partir da Medida Provisória 1023 de 2020, e tratará em parte do BPC e do Auxilio Inclusão.

Começando pela LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. O BPC está disposto, basicamente, em três dispositivos que são os artigos 20, 20-A e o 21, sendo que esse 20-A surgiu no contexto da pandemia de 2020 entre as ações que foram propostas emergencialmente com vigência até 31/12/2020. O Art. 20 é basicamente o regimento do BPC e tem como Caput: *O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário mínimo à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos de idade ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.* Não havendo necessidade de análise do caput, por não fazer qualquer menção a definição de pessoa com deficiência ou sobre avaliação da pessoa com deficiência.

Já o segundo dispositivo, que está dentro desse artigo, que é de fato relevante para os trabalhos é o *§ 2º Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.*

Esse ponto, especificamente, está trazendo um conceito, que não é um conceito muito diferente do que traz a própria convenção Internacional das pessoas com deficiência, e que também é aplicada na LBI. Pelo fato de tocar no conceito da deficiência acredita que não seja necessário alteração.

No dispositivo seguinte, *§ 6º a concessão do benefício ficará sujeita a avaliação da deficiência e do grau de impedimento de que trata o parágrafo segundo, composta por avaliação médica e avaliação social realizados por médicos peritos e por assistentes sociais do INSS.* Sendo necessário alteração do texto, propondo o seguinte: *§ 6º a concessão do BPC ficará sujeita a avaliação da deficiência a que se refere o at.2º da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015.*

No próximo dispositivo, o *§ 7º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário fica assegurado na forma prevista em regulamento o cercamento o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura*. Renam traz uma preocupação com esse dispositivo em relação a garantia de acesso dos requerentes, não só do BPC mas também aos das diversas políticas públicas, de que essa avaliação da deficiência seja feita no município mais próximo de sua residência e pede que essa questão seja levada par o GTI para análise de garantia de estrutura necessária para realizar essa avaliação.

Carolina pede a palavra e questiona Renam sobre sua proposta de texto para o parágrafo 6º visto que já há um projeto de lei de conversão de medida provisória 1023, art. 20-B, que fala da

avaliação da deficiência conforme o disposto nos § 1º e 2º da LBI, e acredita que posso ter tido alteração no projeto de lei de conversão.

Renam esclarece que de fato essa medida provisória que deve ser convertida em lei o mais breve possível visto que foi aprovado pelo Senado, especialmente nesse artigo 40-B fala: enquanto não estiver regulamentado o instrumento de que trata a LBI a concessão do BPC para pessoa com deficiência ficará sujeito avaliação da deficiência... está dizendo que a partir do momento que a própria LBI estiver regulamentada não haveria nenhum problema em manter o texto anterior que tem no artigo 20 da LOAS porque a avaliação, que era especifica do BPC, perderia a vigência a partir do momento que esse artigo 20-B entrasse em vigência justamente porque está propondo o que é que acontece a partir do momento que tiver regulamentado essa avaliação unificada. Mas percebeu-se também que ficaria um pouco desorganizado, do ponto de vista normativo, a própria LOAS está falando de duas avaliações em seu corpo, e para poder entender que essa avaliação que está sendo tratada ao longo do artigo 20 perdeu a vigência, é preciso ver o que está escrito posteriormente.

Não se percebeu nenhum óbice, do ponto de vista formal, em manter a LOAS do jeito que estivesse, mas pode ser desejável a reestruturação da Lei para torná-la mais clara.

Maurício, então, pergunta se essa medida provisória trará alguma alteração para o texto do artigo 20 § 6º, ou se ela falará depois que regulamentar essa avaliação unificada da LBI?

Renam responde que no texto específico da medida provisória consta que: enquanto estiver regulamentado, aplica-se a avaliação de que trata o § 6º, ficando subentendido de que a partir do momento que estiver regulamentado, aplicar-se-á a avaliação unificada.

Então, do ponto de vista formal, entendeu-se que seria uma revogação tácita por assim dizer por que cairia o que está atrás porque já foi regulamentado. Mas, ao mesmo tempo, entendeu-se que talvez valesse a pena esforço de tentar traduzir isso de uma maneira mais direta possível ou seja, alterar no § 6º dizendo que a avaliação será realizada nos moldes da LBI, pudesse ser um ganho do ponto de vista organizacional dessa lei.

Mauricio comenta que não prejudica colocar dessa forma, mas também se não alterar esse parágrafo, ele vai cair a partir do momento que sair a regulamentação da LBI. Loni corrobora com Mauricio comentando que nesse momento de transição é pertinente a inclusão do texto falando que no momento da regulamentação da LBI será utilizada a avaliação unificada, visto que todos os projetos de lei em tramitação na câmara estão constando o parágrafo de que enquanto não for regulamentada a LBI segue como está.

Simone pede a palavra falando que no momento da redação da PLV foi uma opção da consultoria jurídica colocar no 40-B porque lá está a parte geral e transitórias da lei e a ideia que veio do no início era de colocar no junto com 6 como se fosse um 6-A o que ficaria mais confuso ainda. A partir do momento que passar, á está dito lá na LBI que a avaliação da deficiência quando necessária será feita. Então a intenção era mesmo deixar mais evidente que era algo transitório.

Renam diz que talvez uma outra opção seria fazer essa mesma marcação aqui no sexto só para deixar claro que enquanto não tiver regulamentado você aplica isso.

Vinicius pede a palavra para comentar que poderia se pontuar também a forma como é feita a avaliação é que a gente tem que esperar como vai ser decidido pelo grupo quais profissionais vão poder fazer essa avaliação porque eventualmente a gente pode ter que mudar na questão

se vai ser avaliação médica para uma ação social ou se pode ser um outro profissional que faça essa avaliação. Talvez tenha que ter uma alteração na LOAS obrigatoriamente nesse sentido.

Finalizando o grupo entende que, entrando em vigência o PLV 10/2021, não seria necessário alterar este dispositivo.

Renam concorda e continua sua apresentação passando agora para o parágrafo 10 que considera-se impedimento de longo prazo para fins do parágrafo segundo deste artigo, aquele que produz efeitos de, no mínimo, 02 (dois) anos, aqui precisamos entender se essa avaliação unificada ainda vai tratar dessa questão do longo prazo, se é possível captar a partir desse instrumento que está sendo proposto. Caso não seja possível, talvez seja necessário alterar.

Liliane pede a palavra para esclarecer a dúvida sobre o impedimento de longo prazo. Como ele tem uma previsão tanto no texto da LBI quanto no texto da Convenção, sim vai ter um dispositivo relacionado a esse impedimento de longo prazo. Ainda não está fechado se será o prazo de 2 anos que deverá ser definido pelo GTI. A princípio, sim, porque já tem o histórico do BPC mas esse não está fechado ainda.

Com relação a equipe multiprofissional ainda não há definição sobre quem vai compor, mas certamente, vai ser mais amplo do que apenas os médicos peritos e assistentes sociais. Então provavelmente vai ensejar uma mudança sim nesse parágrafo sexto porquê ela fala apenas dos serviços médicos peritos e assistentes sociais.

Mauricio diz achar importante que se tenha a definição de longo prazo em algum lugar pelo menos, porque a lei e a convenção falam em impedimento de longo prazo sem trazer qual é esse impedimento de longo prazo.

Liliane diz que concorda que deva estar em algum lugar, e que seja algo que possa se aplicar a todas as políticas desse modelo único.

Mauricio sugere que no decreto que irá instituir o Modelo Único possa constar essa definição e assim ser aplicadas as todas as políticas.

Com isso definiu-se, por hora, não alterar o texto do parágrafo 10.

Passando para o próximo item, Art. 20-A, que foi implementado em função da pandemia do Covid 19, e que diz em seu Caput: em razão do estado de calamidade pública reconhecida por decreto legislativo e dá emergência de saúde pública de importância Internacional decorrente do corona vírus, o critério de aferição da renda familiar mensal per capta previsto no inciso um do parágrafo terceiro do artigo 20 *poderá ser ampliada para até meio salário mínimo, ou seja, está criando uma regra de exceção durante esse período, que elevaria o critério do BPC até meio salário mínimo, se for identificado outros critérios relacionados à vulnerabilidade. Então no § 1º vai dizer: a ampliação de que trata o caput ocorrerá na forma de escalas graduais definidas em regulamento de acordo com os seguintes fatores combinados entre si ou isoladamente; I- o grau da deficiência; II- dependência de terceiros para o desempenho de atividades básicas da vida diária; III- as circunstâncias pessoais e ambientais e os fatores socioeconômicos e familiares que podem reduzir a funcionalidade e a plena participação da pessoa com deficiência candidato ou do idoso. § 2º traz: O grau da deficiência e o nível da perda de autonomia, representado pela dependência de terceiros para o desempenho de atividades básicas da vida diária, de que tratam, respectivamente, os incisos i e II do § 1º deste artigo, serão aferidos, para a pessoa com deficiência, por meio de índices instrumentos de avaliação funcional a serem desenvolvidos e adaptados para a realidade brasileira, observados os termos dos §§ 1º e 2º do art. 2º da LBI. §*

3º As circunstâncias pessoais em ambientais os fatores socioeconômicos de que trata o inciso III do § 1º deste artigo levarão em consideração, observado o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 2º da LBI.

Em relação a esse dispositivo percebe-se que já está fazendo toda menção a LBI não havendo necessidade de alteração. Sendo esse o último ponto a ser discutido com relação a BPC e LOAS.

Com isso passou-se para a medida provisória 1023 de 2020 que está já na fase final da tramitação para ser convertido em lei e os dispositivos que vão tratar especificamente da avaliação da deficiência são os artigos 20-B e o 40-B que já constam de forma bem clara a menção a avaliação biopsicossocial, não havendo necessidade de qualquer alteração no texto.

Seguindo para a análise do Decreto do BPC, que trata das regras de operacional a concessão do benefício. No art. 4º traz o conceito de deficiência que está na LBI e na convenção não havendo necessidade de qualquer alteração. Já no inciso III traz uma definição de incapacidade desatualizada e acredita ser necessária sua alteração para atualização do conceito de incapacidade em relação a pessoa com deficiência atualmente.

Mauricio concorda que a forma como está escrita esse dispositivo possa estar desatualizada, porém como o escopo do GTE é alterar minimamente as normativas, focando onde trata de avaliação da deficiência, ele acredita que não seja prudente realizar alteração nesse inciso, visto que não interfere diretamente na avaliação da deficiência.

Os demais participantes do grupo concordam com a não alteração nesse primeiro momento, passando-se assim para o próximo ponto dessa normativa que é o § 1º do art. 4º que se refere a limitações para crianças e adolescentes menores de 16 anos ao desenvolvimento do trabalho, porém, crianças e adolescentes menores de 16 anos são proibidos de trabalhar. Renam comenta que esse trecho poderia ser melhor escrito, mas que não há necessidade de alteração visto não se tratar de avaliação da deficiência e não interferir de forma significante no objeto do GTE.

Liliane esclarece que em relação às crianças e adolescentes menores de 16 anos, o instrumento tem uma parte que é direcionada a faixa etária infantil e que não haverá problema com relação a esse parágrafo.

Concluindo a análise o grupo entende que não há necessidade de realizar alterações nesse art. 4º e passa para a análise do art. 9º que tem um detalhe que chamou a atenção quando faz referencia a "avaliação prevista nesse regulamento" porém concluiu-se que não há necessidade de alteração visto que haverá menção de que a avaliação será a prevista na LBI em momento posterior, art. 16, § 1º, se tornando assim auto referente quanto ao regulamento.

No caso do art. 16, que trata do regramento para concessão do BPC, o grupo entendeu que apesar de no artigo 16 tratar de avaliação da pessoa com deficiência, no seu § 8º fala que: *a avaliação da deficiência e do grau de impedimento observará os instrumentos de que trata o § 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, (LBI) a partir de sua criação, permitindo inclusive que outras políticas para pessoas com deficiência se beneficiem das informações.* Não necessitando de alteração.

Com relação ao Art.17, §3º, Renam comenta que não há necessidade de alteração, mas pede que se tenha atenção nesse dispositivo a fim de dar atenção a garantia de acesso a pessoa com deficiência à avaliação da deficiência e acesso ao benefício.

O próximo dispositivo analisado é o artigo 39 que vai falar das competências do INSS na operacionalização do BPC e a dúvida é quanto a manutenção ou não dessa competência do INSS em realizar as avaliações. Caso não seja mais de competência do INSS será necessário alterar.

Então deixou-se uma observação de que a avaliação unificada talvez deixe de ser uma atribuição exclusiva do INSS.

O art. 42, que trata da revisão do BPC e menciona avaliação da deficiência, mas não de forma que necessite qualquer alteração para adequação ao novo instrumento de avaliação unificada da deficiência. Finalizando assim a análise do Decreto do BPC.

Com isso passou-se para análise das Portarias nº 2, de 30/03/2015-Portaria dos Instrumentos de Avaliação do BPC, e Portaria nº 3, de 21/09/2018-Portaria Operacional do BPC.

Como a Portaria nº 2 inteira está instituindo uma avaliação da deficiência própria para o BPC, ela deveria ser revogada para a aplicação da avaliação unificada. Os integrantes da reunião concordam com a sugestão de revogação da portaria por inteiro.

Já em relação a portaria nº 3, o grupo entende que no Art. 11, § 6º e 8º deve-se constar uma observação de possível alteração após definição de como se dará o instrumento de avaliação da deficiência. Finalizando a análise sobre o BPC e passando agora para a análise do Auxílio Inclusão que está previsto na LBI, em parâmetros gerais e as regras específicas deverão vir a partir da aprovação do PLV nº 10/2021 que está sendo discutido e que deve ser aprovado a qualquer momento.

São 02 (dois) artigos que vão ser sensíveis ao auxílio inclusão. O art. 26-A que fala sobre quem terá direito ao auxílio inclusão são pessoas com deficiência moderada ou grave, ficando a dúvida se o instrumento terá condições de fazer essa graduação da deficiência no momento da avaliação.

Liliane esclarece que sim, o instrumento tem condições de captar essa graduação da deficiência. O instrumento já foi desenhado para definir os graus da deficiência justamente porque tem mais de uma política que demandam essa graduação.

Com isso o grupo entende que não há necessidade de qualquer alteração nesse artigo seguindo para os demais que não necessitaram de qualquer alteração.

Finalizado os trabalhos desse grupo, Mauricio informa que na próxima reunião será discutido o grupo de previdência e que será realizada no dia 15 de junho de 202, tendo uma previsão de que no dia 22 do mesmo mês já tenham finalizado os trabalhos do GTE para apresentação ao GTI, com uma revisão geral dos pontos que devem constar no decreto que vai instituir o instrumento e o novo e o novo modelo de avaliação.

Liliane lembra a Maurício sobre a realização de uma reunião conjunta entre os dos GTEs, de Normas e Instrumento, assim que for possível, o que ele concorda.

Sem mais o que acrescentar, finalizou-se a reunião

ENCAMINHAMENTOS:

- Próxima reunião será dia 16/06/2021, das 15h às 17h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

12ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 16 dias do mês de junho de dois mil e vinte e um (2021), às 15 horas, foi realizada a 12ª Reunião do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de uma hora e trinta minutos. Na reunião, estiveram presentes:

Nome	**Órgão/Entidade**
Maurício Maia	AGU
Thomas Augusto Ferreira de Almeida	AGU
Carolina Lages Echeverria	Conjur
Loni Manica	Senado
Liliane Bernardes	MMFDH
Hisaac Oliveira	MMFDH
Rodrigo Abreu de Freitas Machado	MMFDH
Denise Maria Rodrigues Costa	Ministério da Saúde
Gerson Soares Pinto	Ministério da Economia
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Vinicius Prado	Ministério da Cidadania

Mauricio Maia, da AGU e Coordenador do GTE, inicia a reunião agradecendo a participação de todos e apresenta a pauta do dia, a saber:

Pauta:

- Continuação da discussão das normas do grupo de assistência e previdência, bem como assuntos gerais para continuidade dos trabalhos;
- Informações Gerais;
- Encerramento.

Sem objeções quanto a pauta apresentada, deu-se início a reunião, com pedido de palavra da Senhora Denise solicitando, caso tenham tempo disponível, para análise de portaria de

concessão do Passe Livre, Portaria Ministerial nº 003 de 10/04/2001, que será consolidada e atualizada, e está para sugestão de texto pelo Ministério da Saúde. Maurício e os demais participantes do grupo concordam passando, então, a palavra ao Senhor Vinicius para realizar apresentação realizada sobre o grupo 6 – Previdência e Assistência, que aproveita o momento para questionar a respeito de duas legislações que inicialmente estavam previstas na planilha de análise e que nesse momento não estão. São as legislações referente a Centros Dia e Residência Inclusiva. A dúvida é se o grupo irá abordar esses temas ou não. Maurício sugere que seja feito um trabalho complementar a respeito dessas legislações caso elas falem em algum momento de avaliação da deficiência.

Vinícius inicia a apresentação dando continuidade aos trabalhos do grupo 6 – Assistência e Previdência. Explica que na reunião anterior foi tratado do tema mais voltado para a assistência, mais especificamente o BPC, o auxílio inclusão e a LOAS. A legislação a ser observada é a lei 8.213 de 24/07/91 que vai tratar dos benefícios previdenciários. Nessa lei traz a primeira medida referente à pessoa com deficiência, o rol de dependentes para acesso a benefícios como a pensão por morte e o auxílio reclusão. E uma primeira observação que se faz é que a lei sofreu algumas alterações constando em sua redação termos trazidos pela LBI. A própria LBI, quando foi promulgada, já alterou em parte a lei 8213 depois algumas outras leis posteriores que também foram atualizando essa nomenclatura dentro da lei 8213. Num primeiro destaque aqui dentro do rol de dependentes, é a questão do tipo e grau da deficiência para o dependente do segurado do regime geral, pois já traz a deficiência intelectual ou mental e, essa informação é importante que seja extraída do Instrumento no momento de sua regulamentação.

Para as regras da pensão por morte e auxílio reclusão, informa que o auxílio reclusão só replica as regras de acesso para pensão por morte e traz aqui dentro desses dispositivos, no artigo 77, principalmente a questão de como é verificada a cessação da cota da pensão por morte. Num primeiro momento é verificado que a pessoa de fato tem uma deficiência intelectual, mental ou uma deficiência grave, passa a receber o benefício, mas que, se esse quadro for alterado, pode ser cessado a cota desse indivíduo referente à pensão por morte ou auxílio reclusão. Nota-se que no inciso 4 do § 2º do artigo 77, tem a questão do afastamento da deficiência que vai ser observado nos termos do regulamento então eu não há nenhum motivo para fazer alteração, porque não fala de instrumento e está observado a característica da deficiência.

Ainda na lei 8213 tem a reabilitação profissional que é mencionada no artigo 89 que usa a nomenclatura antiga, como “pessoa portadora de deficiência”, mas não há nenhum outro ponto que justifique qualquer alteração. Em resumo a Lei 8.123 não há necessidade de qualquer alteração.

O Decreto 3.048 regulamenta os benefícios da previdência, replicando no Art. 16, o rol de dependentes visto na lei anterior, não necessitando de qualquer alteração nesse ponto.

Já no artigo 17, que trata da perda da qualidade de dependente, com descrição de como isso se dará, e de como se verificará o início da deficiência, pois para a concessão do benefício a filho, irmão, enteado e o menor tutelado, a constatação do início da deficiência deve ser anterior ás causas de emancipação. E a verificação da data de início da deficiência deverá ser feita pela perícia médica federal. Não havendo necessidade de alteração visto que se trata de dado a ser verificado através da documentação que a pessoa apresenta não sendo necessário uma equipe fazer uma avaliação para verificar se havia ou não a deficiência na época de solicitação do benefício.

Loni questiona a necessidade de ser apenas no médico perito ou se poderia ser outro profissional a verificar a data de início dessa deficiência. Acredita que seria mais adequado que não fosse especificamente o médico perito, pois trata-se apenas de verificação de prova documental.

Mauricio argumenta que entende que não seria o caso de propor alteração por não está tratando especificamente da avaliação se é ou não pessoa com deficiência, mas sim de uma prova que a pessoa em tal data era pessoa com deficiência o que não faz parte dessa nova avaliação que estamos discutindo.

Thomas pede a palavra e comenta que há um risco enorme de se propor alteração de perícia médica federal para a praticada pelo instrumento da pessoa com deficiência de descaracterizar da norma, sugerindo que não se faça nenhuma alteração nesse caso.

Maurício então sugere que se possa colocar observação explicando essa situação, mas que o grupo entendeu que não é o caso de alteração.

Vinicius pede a palavra e comenta que no art. 19 que trata dos dados do CNIS, traz que quando a pessoa já tiver realizado uma avaliação já dentro dos moldes da LBI, isto é, por equipe multiprofissional e interdisciplinar a avaliação ficaria registrada e poderia ser utilizado dentro da aposentadoria para justificar que a pessoa tinha uma deficiência leve em tal período, uma deficiência moderada em tal período e depois grave em um segundo por exemplo. Com isso esse problema do artigo 17, por ora seria algo transitório por quê antes não tinha esse tipo de avaliação e passa a ter essa avaliação de forma mais regular, fala mais correta, esse dado fazendo parte dessa base de dados do INSS que é o início. Então essa situação será mitigada com o passar do tempo. Nessa questão da data do início para aqueles casos em que a deficiência foi iniciada num momento muito anterior em que não havia esse tipo de avaliação, vai ser realizado dessa forma que com a perícia médica fixado através de uma prova documental ainda e, a partir de quando a avaliação já tiver mais frequente, e esse dado passar com os dados dessa base de dados do CNIS, essa situação fica resolvida, mas enquanto isso não teríamos essa opção do artigo 17 ainda.

Maurício concorda e alerta para que se alterar a constatação da data de início da deficiência feita pelo médico perito, como consta no artigo 17, pode impossibilitar à pessoa com deficiência em comprovar sua data de início da deficiência.

Todos do grupo de acordo em não propor qualquer alteração nos artigos 17 e 19, porém será feita uma explicação no documento final alertando para as preocupações apontadas.

Quanto o § 9º do art. 19, Loni questiona sobre o trecho que diz "*a invalidez será comprovada por meio de exame médico médico-pericial a cargo da Perícia Médica Federal e a deficiência, por meio de avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar*", ela pergunta se não deveria ser feita apenas pela equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Vinicius responde que apenas quanto a invalidez, que é outro requisito de acesso ao benefício, deve ser realizada pela perícia médica federal. Já a deficiência mental ou intelectual ou grave é constatada pela avaliação biopsicossocial. A invalidez é outro conceito diferente da deficiência e esse dispositivo faz as duas avalições.

Art. 70-A Trata da aposentadoria dentro do decreto 3048 e traz a redação da lei complementar 142 basicamente, já traz essa previsão da aposentadoria por tempo de contribuição e por idade para a pessoa com deficiência e no seu primeiro artigo já traz também a questão da avaliação

que deve ser biopsicossocial, por equipe multiprofissional e interdisciplinar e onde vai ser verificado o grau da deficiência. Não necessitando de alteração nesse dispositivo.

No artigo 70 D, trata da forma como é feita essa avaliação da pessoa com deficiência para acesso à aposentadoria, mais especificamente no § 2º que fala que a avaliação da deficiência da pessoa com deficiência só faz prova exclusivamente para fins previdenciários. Então se a ideia for utilizar essa avaliação para outras finalidades talvez tenha que alterar esse parágrafo, inclusive, trazendo um dispositivo que fale que a avaliação realizada por outro órgão ou para outro fim possa ser utilizado para fins previdenciários.

Maurício comenta que enquanto não se sabe ao certo como será feita a avaliação, se será um único órgão ou mais, num primeiro momento, sugere suprimir esse parágrafo, pois não trará qualquer prejuízo.

Carolina fala que esse parágrafo acabará por perder o efeito com o modelo único. Pois o laudo da avaliação biopsicossocial valerá para tudo, inclusive para fins previdenciários.

Loni comenta que a pessoa com o laudo sequer irá fazer essa avaliação corroborando com a sugestão de suprimir o parágrafo.

Maurício alerta parar a possibilidade de se haver interpretação contrária, embora não seja a interpretação mais óbvia, de se realizar a avaliação biopsicossocial para outros fins e não se poder utilizar para fins previdenciários.

Thomas pergunta se o modelo único de avaliação terá essa informação da data de início da deficiência?

Liliane responde que temos duas questões, uma é que haverá um processo de transição de um modelo para o outro e, talvez nesse nessa transição é que a todas as avaliações vão passar a ser por equipe multiprofissional interdisciplinar então no futuro não vai ter necessidade de ser só a perícia médica federal porque já vai estar tudo documentado dentro do sistema. A avaliação só vai ser feita pela equipe então com o tempo realmente vai perder o efeito.

Em relação ao instrumento avaliar a data provável do início da deficiência, o que está sendo pensado é que alguns critérios específicos terão que ser avaliados separadamente, por exemplo renda, já a necessidade de acompanhante é uma coisa que um instrumento pode dar conta porque a dependência de terceiros é avaliada, agora a data provável de início da deficiência talvez não seja pela avaliação pela equipe multiprofissional interdisciplinar porque é documentação. Na época do início dessa deficiência não havia esse sistema multiprofissional e interdisciplinar, o conceito era um conceito médico não se avaliavam as barreiras, então será realmente documental. Mas estamos falando por hipótese, só mais pra frente é que a gente vai ter certeza se esse critério vai entrar dentro da avaliação ou se realmente vai ficar a critério do médico fazer essa avaliação a partir de atestado porque como só aqui na verdade e que faziam essa caracterização acho que é por isso que está perícia médica federal.

Loni comenta que a questão da data de início da deficiência, já foi vencido anteriormente, e que será mantido que o médico-perito vai realizar essa verificação. Já com relação de a avaliação ser apenas para fins previdenciários ela entende que não cabe e que deveria suprimir como foi sugerido ou incluir uma redação onde a avaliação feita fosse para vários fins e não só exclusivamente para fins previdenciários.

Maurício explica que dizer que o instrumento valerá para tudo deve ser feito na norma de instituição do instrumento e não nesse decreto 3048, por isso suprimir. E se caso o instrumento não tenha a possibilidade de indicar a data de início da deficiência, parte-se para o requisito de cada política pública como é o caso da aposentadoria, pois essa é uma informação específica para essa política.

Vinicius corrobora explicando que nessa questão da data, a previdência analisa a vida pregressa do requerente, olhando sempre para trás. Então na avaliação de uma deficiência anterior não tem como vai acabar sendo documental, mas à medida que essa avaliação vai sendo feita a própria data da avaliação já serviria como data provável do início da deficiência, por exemplo. Porque pode ser que o requerente faça esse exame no início da vida laboral, por exemplo. Não necessariamente para afirmar que ela tenha aquela deficiência desde criança desde, ou que nasceu, mas pelo menos para fins previdenciários essa data é importante a partir da vida laboral.

Finalizadas as ponderações o grupo decidiu por sugerir a supressão do § 2º, do art. 70-D, que fala da avaliação exclusiva para fins previdenciários.

Seguindo com as discussões, passou-se para o Art. 108 que fala da pensão por morte que fala de como será avaliada a deficiência por meio da avaliação biopsicossocial, não necessitando de qualquer alteração.

O mesmo acontece com o Art. 136 do Decreto 3.048, que praticamente replica a Lei 8.213, mas não faz menção a nenhum tipo de avaliação não havendo necessidade de alteração.

No Decreto 10.410, de 30 de junho de 2020, que altera o decreto 3048, atualizando o normativos as nomenclatura mais adequadas a pessoas com deficiência, porém em seu art. 4º diz que para fins de acesso ao benefício da pessoa com deficiência, até que seja aprovado o instrumento específico para a avaliação biopsicossocial da pessoa com deficiência, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, será utilizado o instrumento aprovado pela Portaria Interministerial AGU/MPS/SRDH/MP nº 1, de 27 de janeiro de 2014. Isto é, essa avaliação prevista na portaria só será aplicada até que haja instrumento específico para avaliação biopsicossocial da pessoa com deficiência, não havendo necessidade de alteração.

A Lei Complementar nº 142, de 2013, trata da aposentadoria para pessoa com deficiência e tem 3 dispositivos que merecem atenção. No art. 3º do parágrafo único traz que o regulamento do poder executivo define quais são as deficiências grave, moderada e leve, não necessitando de qualquer interferência porque tendo o decreto do instrumento e que irá caracterizar como deficiência grave, moderado ou leve. Já no art. 4º diz que a avaliação será médica e funcional conforme regulamento, e nesse ponto o grupo entende que deva sugerir atualização na redação visto que avaliação funcional não é o mesmo que avaliação biopsicossocial. A avaliação funcional não considera as barreiras ou a necessidade de apoio de terceiros, já a biopsicossocial é mais ampla.

No art. 5º diz que o grau da deficiência será atestado por perícia própria do INSS, por meio de instrumentos desenvolvidos para esse fim. O grupo entende que se for colocar só a perícia própria do INSS, vai restringir a possibilidade de ampliar o quadro de profissionais que vão poder passar por capacitação e fazer a avaliação.

Liliane sugere que se for para alterar já altera de acordo com o que está na LBI que é biopsicossocial.

Mauricio alerta para a dificuldade de se tratar de uma Lei Complementar e que o grupo pode apenas sugerir sua alteração.

Finalizando as discussões sobre esse ponto específico, o grupo entendeu que o melhor é sugerir a alteração do texto ao que é expresso na LBI.

Voltando na Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SRDH/MP nº 01, de 27 de janeiro de 2014, que é utilizada para avaliação hoje da aposentadoria para pessoa com deficiência lei complementar em 142 e que foi expandido para o decreto 10 410 para avaliação também nos outros benefícios, tem em sua ementa: aprova um instrumento para avaliação da pessoa com deficiência (...), sugere-se a revogação.

Finalizando, constava na planilha de normativos a serem analisados, a pensão por talidomida, lei número 7070, de 1982, e trata-se de um benefício bastante específico para um grupo específico de pessoas acometidas pelas sequelas da talidomida e possui uma avaliação bastantes direcionadas a esse público.

Liliane comenta que esse benefício foi discutiu no grupo do instrumento e entendeu-se não deveria estar no rol das políticas que vão ser impactadas pela nova avaliação até por conta dessas características que já foram colocadas. Não caberia porque é muito circunscrita a um grupo específico de uma situação de temporalidade relacionada a medicação que foi tomada. Trata-se de uma forma de reparação.

Denise acrescenta que é algo restrito a essa norma para concessão desse benefício específico e que não está relacionado.

Em resumo, a legislação analisada não faz menção ao instrumento de avaliação, exceto o decreto 10.410 que faz essa concentração para acesso ao benefício previdenciário, não há mais apontamentos dentro da dessas Leis, a dúvida fica na fixação da data de início.

Vinicius finaliza sua apresentação expondo alguns ponto de atenção que o grupo observar tratando do decreto do instrumento que são a questão do grau da deficiência e do tipo, pois são dados que possam ser extraídos do instrumento, e o alcance dessa avaliação como para avaliação da aposentadoria se poderia ser utilizada para outras finalidades. Além da verificação de necessidade de se utilizar de diversas equipes, diversos órgãos para fazer essa avaliação.

Denise comenta que acredita ser de fundamental importância relatar esses pontos de atenção, como produto desse GT, no relatório que de grau da deficiência e o tipo são definidores de acesso ao benefício, que se faltar essa informação pode fazer com que o instrumento não satisfaça as necessidades.

Loni pergunta a Liliane sobre a definição dos graus da deficiência?

Liliane responde que o grau é determinado pela avaliação, assim o tipo se tem necessidade de acompanhante etc. São 4 critérios básicos para avaliação como pacote, e tem alguns critérios específicos de algumas políticas que o grupo está avaliando o que que poderia ser incluído. Por exemplo o tratado de Marrakesh, consegue incluir a informação se a pessoa é cega, se ela precisa de algum apoio para assegurar um livro impresso, visto que o tratado é para as obras publicadas terem a possibilidade de a pessoa receber em outro formato. Então o grupo está avaliando o que poderia incluir.

Loni então sugere que, baseado nessa informação não há necessidade de colocar isso no relatório porque isso é o objetivo do outro grupo que já fez.

O grupo concorda e Mauricio agradece a apresentação feita pelo Vinicius, aproveitando a oportunidade para informar que, com a conclusão da análise dos normativos, o grupo deverá discutir na próxima reunião a produção do relatório e, para isso, pede a todos que verifiquem a tabela antes para que a reunião seja mais produtiva e direcionada.

E questiona ao grupo se irão discutir os pontos mínimos que devam constar na minuta de decreto do instrumento, sugerindo que haja uma definição de pessoa com repetindo o que consta na LBI, o que é a avaliação da deficiência precisa ter, fixar alguns pontos que a LBI não colocou como por exemplo dizer qual é o impedimento de longo prazo, trazer novamente o que são as barreiras, colocar num artigo de forma muito clara que essa avaliação que vai ser feita com a aplicação desse instrumento vale para toda e qualquer política pública da pessoa com deficiência, pelo menos quanto à avaliação, se a pessoa é ou não pessoa com deficiência e quanto ao grau da deficiência. Colocando uma ressalva de que se tiver algum requisito específico na política pública dever ser observado de acordo com a regulamentação de cada política pública. Mas o principal é dizer que esse é o instrumento, que estará de acordo com a LBI e vai, para todos os efeitos, dizer que aquela pessoa é pessoa com deficiência e qual é o grau daquela deficiência. O segundo ponto, seria indicar para quem fará o decreto, é quem vai aplicar esse instrumento, como será a transição e como isso vai ser colocado. Sugerindo que o instrumento viesse como um anexo a esse decreto.

Sem objeções por parte do grupo, Maurício se compromete a finalizar a compilação das informações e enviar para todos juntamente com a convocação para a próxima reunião. Propondo para a próxima reunião fechar definitivamente a tabela e discutir, pelo menos esses pontos, uma eventual norma de instituição do novo modelo e do instrumento e a pontos do relatório.

Com isso, o grupo partiu para discussão sobre a norma do Passe Livre trazida pela Denise do MS, que é uma minuta de portaria de atualização e consolidação que disciplina a concessão de passe livre às pessoas com deficiência comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual, nos modais rodoviários, ferroviários e aquaviários.

O objetivo é analisar o texto para que essa portaria já seja atualizada em conformidade com o que é disposto na LBI, não sendo necessário ser incluído no relatório de atividades do GTE.

Rodrigo Abreu, MMFDH, informa que o Departamento de Políticas Temáticas dos Direitos da Pessoa com Deficiência – DPTDPD, recebeu esse mesmo ofício do Ministério da infraestrutura e que já fez as contribuições relacionadas e, inclusive, estão sugerindo que também façam a revisão daquela outra portaria sobre o passe livre e que foi discutida nesse GTE anteriormente. O grupo então sugere alteração no texto do inciso 2 que defini a pessoa com deficiência que está muito fora do que se espera que seria o caso de trocar a mesma pela definição que está lá a LBI, e artigo 5º: deficiência ou incapacidade, já é questão de tirar o incapacidade e falar do instrumento, fazer remissão ao artigo 2º da LBI.

O grupo sugere que a redação não seja restrita a equipe do SUS por exemplo poque isso ainda está sendo definido no âmbito do GTI.

Liliane pede a palavra para informar que estava analisando novamente a questão da prioridade do imposto de renda, que tinha sido retirada porque na legislação falava de doença grave, mas percebeu-se que na LBI tem esse dispositivo especificamente para pessoa com deficiência. Então a prioridade na restituição do imposto de renda ela caberia sim dentro desse grupo de políticas em que a gente está trabalhando então eu acho que vai ter que voltar com ele porque a gente

estava trabalhando com a legislação de tratar especificamente do imposto de renda, mas a LBI trouxe dispositivo específico. E para falar sobre a lei de contas, mais especificamente voltada para estagiários e menor aprendiz.

Mauricio diz que precisa ver com mais calma essa legislação porque o fato de existir uma política pública voltada para esse público, não significa que haja uma legislação que trata da avaliação da deficiência para esse público e que necessite de interferência do GTE. Isso porque o grupo já analisou as legislações referente esse tema.

O mesmo acontece com restituição de imposto de renda, a norma diz que a pessoa com deficiência tem prioridade no recebimento da restituição do imposto de renda, mas não fala de como será feita a avaliação dessa deficiência para recebimento do benefício.

Liliane concorda e esclarece que, como tinha informado que seria retirado da análise do instrumento, e que agora será trazido de volta por constar na LBI, será necessária uma nova avaliação a respeito. Pede desculpa pela falha e informa que irá buscar a normatização sobre menor aprendiz e estagiário, para verificar se há alguma forma de avaliação.

Mauricio, então, pede que seja enviado essas normas para análise na proxima reunião do GTE a ser realizada no dia 22/06/2021.

Sem mais o que acrescentar, finalizou-se a reunião

ENCAMINHAMENTOS:

- Próxima reunião será dia 22/06/2021, das 15h às 17h30, também pela plataforma Zoom.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

REGISTRO DE REUNIÃO

13ª REUNIÃO DO GRUPO TÉCNICO ESPECIALIZADO DE CRIAÇÃO E ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE INSTRUMENTO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Aos 22 dias do mês de junho de dois mil e vinte e um (2021), às 16 horas, foi realizada a 13ª Reunião do Grupo Técnico Especializado de Criação e Alteração de Normativos sobre o Instrumento do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, em formato de videoconferência, mediante a ferramenta ZOOM, com duração aproximadamente de duas horas. Na reunião, estiveram presentes:

Nome	**Órgão/Entidade**
Maurício Maia	AGU
Thomas Augusto Ferreira de Almeida	AGU
Carolina Lages Echeverria	Conjur
Symone Maria Bonfim	MMFDH
Liliane Bernardes	MMFDH
Hisaac Oliveira	MMFDH
Denise Maria Rodrigues Costa	Ministério da Saúde
Gustavo Dressiane	Ministério da Economia Em substituição a André Studart
Renan Alves Viana Aragão	Ministério da Cidadania
Vinicius Prado	Ministério da Cidadania

Mauricio Maia, da AGU e Coordenador do GTE, inicia a reunião agradecendo a participação de todos e apresenta a pauta do dia, a saber:

Pauta:

- Finalização do trabalho de levantamento de normas para possível alteração Continuação da discussão das normas do grupo de assistência e previdência, bem como assuntos gerais para continuidade dos trabalhos;
- Aprovação da tabela de normativos analisada;
- Discussão acerca do conteúdo mínimo de norma instituindo o novo modelo de avaliação e de instrumento;
- Discussão sobre a minuta de relatório do GTE
- Informações Gerais;
- Encerramento.

Sem objeções quanto a pauta apresentada, deu-se início a reunião pontuando que o grupo finalizou na semana passada a análise das normas e que o compilado dessa análise foi passado

a todos para uma última revisão, uma proposta de minuta de relatório e uma proposta de conteúdo mínimo de normativo instituindo o instrumento. Além de um documento com todas as normas que se sugeriu alteração com alguma sugestão de redação, perguntando se o grupo tem alguma observação a fazer sobre os documentos enviados. Sem qualquer manifestação, Maurício perguntou sobre alguma sugestão de modificação para o documento com as alterações normativas propostas, documento este que trata de sugestões de textos para alterações nas normativas analisadas pelo grupo.

Caroline sugere que na Lei 8.112/1990, Art. 98, § 2º, que sugeriu a troca da terminologia de "portador de deficiência" para pessoa com deficiência, seja incluído o trecho original que diz "...independentemente de compensação de horário." Que não constava no documento.

Outra observação feita por Carolina é com relação ao comentário feito no documento onde diz: "Ressalta-se que não parece adequado, ainda, avaliação exclusiva pelos Departamentos Estaduais de Trânsito, podendo ser utilizado o laudo de avaliação biopsicossocial (...). Segundo Carolina a observação referente as alíneas "a" e "b" do art. 72, IV, da Lei nº 8.383/1991, não se aplica visto se tratar de requisitos próprios da política pública para isenção do IOF, pode confundir pois a intenção é ressaltar que não se deve interferir nos requisitos da política pública. Com isso, o grupo decidiu pela supressão da observação anteriormente colocada.

Hisaac manifesta preocupação com a expressão "deficiência física" que consta na redação original e questiona sobre a possibilidade de sugerir alteração visto que a legislação é de 1991, época em que o conceito de deficiência era diferente do atual. Mauricio então explica que esse tipo de intervenção foge ao escopo do grupo que é analisar as legislações quanto ao modelo de avaliação da deficiência e que por esse motivo não poderiam interferir.

Seguindo para a Lei 8989, Maurício diz que essa lei vai muito ao encontro do que o Hisaac comentou anteriormente, pois é uma legislação redigida numa época em que a definição de pessoa com deficiência era exclusivamente médica, e que nessa situação, o legislador ainda inclui nos seus parágrafos uma lista de enfermidades que se equipariariam a deficiência que era definida no decreto, o que não cabe atualmente.

Com isso, não sugeriu uma redação nova pois de fato o legislador queira manter a política pública dessa forma, mas salientamos a importância de se levar em consideração que era um outro modelo de definição da deficiência, então talvez seja o caso de o legislador rever.

Liliane aponta que nessa redação ainda falta uma categorização de deficiência, no mental severa ou profunda entraria o intelectual também, e sugere que poderia indicar a falta de uma categorização dentro desse grupo.

Continuando, Maurício fala da Lei Complementar 142/2013, as intervenções sugeridas são bem pontuais com a substituição de avaliação médico e funcional por avaliação biopsicossocial, com isso, mesmo que mude o instrumento ou mude o decreto, não será necessário nova intervenção tornando a redação mais perene.

No tocante aos decretos foi seguida a mesma lógica de fazer sugestão aos legisladores de alteração na redação que possam ser necessárias.

Maurício pergunta ao grupo se há alguma outra observação a ser feita no documento apresentado, não tendo qualquer manifestação se passou para análise da proposta de documento com requisitos mínimos, onde ele propõe que sejam seguidos os moldes de como foi feito com a Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SRDH/MP nº 1 de 2014 que institui o

instrumento do IFBrA em forma de anexo. Pede ao grupo para que seja feita uma primeira análise desse documento de requisitos mínimos para a redação de um decreto para a instituição do novo modelo de avaliação biopsicossocial e que sejam feitas sugestões de alteração caso ocorram.

Maurício inicia uma explicação de como chegou a esse documento, falando que como o objetivo é regulamentar os artigos 1º e 2º da LBI, o primeiro objetivo a ser atendido é a definição de pessoa com deficiência, atendendo assim a norma que fala que toda nova norma que precisa ter um artigo primeiro dizendo qual é o seu âmbito de aplicação e o que que ele faz. Justificando assim que o artigo 1º dizendo o âmbito de aplicação, aprovando nos termos do parágrafo segundo do artigo segundo a da lei 13 146 um instrumento destinado à avaliação biopsicossocial da deficiência, sendo o nosso objeto. E, com o objetivo de tentar garantir que esse modelo de avaliação, pelo menos quanto a caracterização da pessoa como pessoa com deficiência e o grau da deficiência, sejam aplicáveis a todas as políticas públicas, sugere a seguinte redação: *A avaliação da deficiência realizada nos termos deste decreto será suficiente quanto a comprovação da deficiência e de seu grau, para efeito de inclusão da pessoa com deficiência em todas as políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência observados, quando o caso, os demais requisitos específicos exigidos pelas respectivas políticas, bem como a necessidade de avaliações periódicas.*

Isto é, se a política pública trouxer um requisito específico, este deverá ser avaliado nos termos daquela política pública, e o mesmo para a necessidade de avaliações periódicas.

Liliane pede para compartilhar uma preocupação pois no GTE do Instrumento estão discutindo a implantação de forma gradual da avaliação e, ao se colocar “para todas políticas públicas” como que ficaria esse desenho de implantação gradual que, no caso não comtemplaria todas as políticas? Maurício responde que pode se colocar no final um *Vacáccio Legis* outra possibilidade seria de aplicação disposição transitória por exemplo.

Thomas, ressalta que essa solução já vem sendo utilizada em outras normas e com bons resultados.

Mauricio complementa dizendo que outra opção seria colocar o artigo tal parágrafo primeiro entra em vigor a partir de tal data e isso sendo compatível com o calendário das políticas públicas de forma compartimentada estabelecido anteriormente. Essa é uma observação para se fazer sim caso os demais membros do grupo concorde.

Hisaac compartilha uma preocupação com relação à avaliação periódica porque a intenção da avaliação unificada é diminuir a realização de várias avaliações realizadas pela pessoa com deficiência consideradas incuráveis. Sugere que seja estabelecido um período maior para a realização de avaliações periódicas, alterando o texto proposto para esse fim.

Maurício responde que há um receio de ao fazer esse tipo de proposta o GTE esteja interferindo nas políticas públicas. Pode ser que para determinada política pública seja necessário um período maior ou menor de avaliação periódica. A ideia de colocar esse “...bem como a necessidade de avaliações periódicas” é para que cada política pública, se for o caso, estabeleça o seu. Isso é uma opção de outras esferas. Talvez um instrumento já traga uma validade para aquela avaliação dependendo da deficiência.

Liliane informa que a ideia é juntar as duas coisas porque a equipe pode dizer a necessidade da reavaliação, mas já tem critérios e políticas que determinam um prazo, como no caso do BPC

são dois anos, no Passe Livre são três anos, por exemplo. Então para não interferir em cada um desses prazos a ideia é que a equipe defina quando é necessária fazer a reavaliação do ponto de vista funcional, e a política diga qual é o critério dela. Se é uma deficiência com pouca chance de alterar ao longo do tempo, a própria equipe consegue avaliar. Por exemplo uma tetraplegia que tem muita dificuldade de ter uma alteração de barreiras que possa trazer uma alteração do grau de deficiência, poderia ser feita uma reavaliação no prazo maior. Mas se a política, por exemplo é o BPC, que já está previsto o prazo de dois em dois anos para uma reavaliação, então teria que observar o prazo determinado no BPC caso a demanda dele seja acessar o BPC. Mas se for para outra política como a meia entrada, ele poderia fazer essa reavaliação a cada cinco ou dez anos, a depender do que for determinado.

Hisaac questiona se no primeiro parágrafo ao invés de conter o termo "para todas políticas públicas destinadas a pessoa com deficiência" poderia substituir por "para todos os fins legais"? Pois acredita que o termo "política pública" restringe o acesso da pessoa com deficiência a avaliação caso o que ela venha buscar seja interpretada com não sendo uma política pública.

Carina diz que esse termo para todos fins legais é muito impreciso e pode dificultar a aplicação da norma.

Maurício explica que, em tese, política pública é sempre dada por lei e seu papel é fazer diferenciações a identificar determinadas situações e tratá-las de uma forma determinada. Política pública é justamente isso, quando a lei identifica uma determinada situação e a essa situação vai dar um contorno jurídico específico. É um conceito não muito simples, mas que normalmente o pessoal trata políticas públicas, até pela palavra política ser muito polissêmica, de uma forma que que às vezes pode dar essa impressão, mas quando a gente fala em política pública fundamentalmente é fins legais.

Hisaac rebate dizendo queremos que a avaliação seja uma, unificada. Ou seja, de qualquer forma, em qualquer situação que se requeira um direito enquanto pessoa com deficiência a minha avaliação vai ser a biopsicossocial e a troca para todos fins legais nesse primeiro parágrafo trará mais abrangência, visto que o restante da redação já trata das políticas públicas inclusive dizendo que certas políticas públicas vão ter algumas regras diferenciadas.

Carolina comenta que a função do parágrafo primeiro é complementar ou excepcionar então o caso se ele já dá abrangência que é aprovar um instrumento indicado para avaliação biopsicossocial da deficiência então já vai atender a lei quando fala no parágrafo primeiro do artigo segundo que a avaliação da deficiência quando necessária será biopsicossocial. Esse parágrafo primeiro é um complemento e não está restringindo o caput. Sugere que se acresça mais um parágrafo para poder complementar o caput porque essa informação do parágrafo primeiro é muito importante pois é voltada para o poder público.

Thomas sugere que seja mantida a terminologia de "políticas públicas voltadas a pessoa com deficiência" para facilitar uma interpretação sistemática posteriormente.

Hisaac sugere, então o seguinte texto: *"A avaliação da deficiência realizada nos termos deste Decreto será suficiente, quanto à comprovação da deficiência e de seu grau, para efeito de inclusão da pessoa com deficiência para todos os fins legais, observados, quando o caso, os demais requisitos específicos exigidos por políticas públicas, bem como a necessidade de avaliações periódicas."*

Carolina diz que o termo “para todos os fins legais” fica muito abrangente e Maurício concorda, então Vinicius sugere que o parágrafo seja dividido e assim fica facilitada a leitura e compreensão. Sendo importante constar no primeiro parágrafo que avaliação é suficiente quanto à comprovação da deficiência e do grau. E no seguinte, (...) as políticas poderão trazer outros requisitos, mas a avaliação da deficiência e do grau fica só para essa avaliação.

Todos em acordo o texto ficou definido como: §1º A avaliação da deficiência realizada nos termos deste Decreto será suficiente, quanto a comprovação da deficiência e de seu grau, para efeito de inclusão da pessoa com deficiência em todas as políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência.

§2º Deverão ser observados, quando o caso, os demais requisitos específicos exigidos pelas respectivas políticas, bem como a necessidade de avaliações periódicas.

Além disso, Vinicius comenta que esse parágrafo sobre aposentadoria talvez nem coubesse nesse primeiro instante pois, em seu entendimento, já estaria contemplado no parágrafo anterior e não seria apenas a aposentadoria, mas também a pensão para a pessoa com deficiência que usa o mesmo instrumento e precisa da data do início da deficiência.

Carolina comenta que se for entrar no mérito de cada política fugiria do escopo e sugere que seja retirado.

Em concordância o grupo retirou o texto e prosseguiu com as discussões no item B do documento onde consta a definição de Pessoa com Deficiência e os critérios gerais da avaliação. Maurício sugere que seja repetido o conceito de pessoa com deficiência e os critérios da avaliação trazidos pela LBI, além da definição do objetivo a ser alcançado. E pergunta aos participantes sobre a pertinência desse dispositivo no documento.

Carolina alerta que a inclusão desses requisitos no documento pode trazer algum prejuízo visto que o instrumento já estará pronto no ato de publicação e a regulamentação dos que deveria ter no instrumento deve ser prévia. Liliane comenta que o paragrafo 1º sim, traz o texto da LBI, já o 2º, não e ficar definindo muito nesse momento como vai ser o instrumento pode trazer algum tipo de restrição no futuro, sugerindo a retirada dos “objetivos” da avaliação do documento. O grupo concorda e segue para o ponto C que fala sobre a definição do longo prazo.

Maurício lembra que não há uma definição para impedimento de longo prazo e questiona ao grupo sobre a importância em ter essa definição no documento que estão construindo. Carolina comenta que esse assunto vai depender do que constar no instrumento e não tem como determinar nesse grupo uma vez que o GTE do Instrumento está discutindo o assunto.

Liliane pondera que o GTE do instrumento discute duas possibilidades, uma é manter os 2 anos que é o que já é utilizado na política do BPC, ou um prazo menor porque há situações de outras políticas que esse prazo menor é importante, por exemplo, para uma pessoa que precisa de transporte municipal no deslocar para fazer tratamento, e o tempo mais curto ajudaria essa pessoa a ter acesso a toda reabilitação, para ele se recuperar de uma deficiência ou então mudar o grau da deficiência. Há um predomínio de manter os 2 anos, mas ainda há uma discussão se a própria equipe multiprofissional e interdisciplinar poderia determinar dependendo da demanda que a pessoa que vai buscar. Além disso há também uma discussão sobre o sistema como um todo e demandará um normativo para isso que poderá ser um outro decreto, talvez.

Liliane acredita que, por enquanto, poderia deixar porque tem uma parte das políticas, principalmente as que tem um impacto fiscal maior, que acha importante estar expresso o

impedimento de longo prazo, podendo ser avaliado posteriormente. Com isso o grupo decide por manter o texto para avaliação futura.

Prosseguindo para o item D, o documento traz a definição de “barreiras” repetidas da LBI para análise do grupo sobre a permanência dessa repetição da LBI. Hisaac sugere que na redação seja especificado que algumas políticas têm prazos diferentes de impedimento de longo prazo. Maurício explica que se for dessa forma descaracteriza a avaliação unificada porque o requerente teria que realizar várias avaliações para cada política que esteja pleiteando.

Liliane concorda com Maurício e complementa que dizendo que é por isso que existe esse mecanismo avaliador, a equipe de avaliação vai dizer naquele momento se não tem como definir, se aquilo é um impedimento de longo prazo e estabelece uma reavaliação em um prazo menor do que o habitual, até para confirmar se aquela situação realmente é um impedimento de longo. Concluindo pela manutenção da definição de barreiras no documento.

O item E trata da instituição do Instrumento de Avaliação, e traz a informação de que toda a administração pública federal direta, autárquica ou fundacional, deverá se utilizar da avaliação biopsicossocial mediante a aplicação do instrumento previsto no anexo deste Decreto. E traz um paragrafo único prevendo a revisão desse instrumento por instancias técnica específica, no âmbito do órgão competente a ser definido, com isso evita-se a necessidade de publicação de novos decretos para revisão.

Vinicius pede a palavra e sugere que o artigo do item E poderia ser incorporado no início da minuta onde o decreto aprova. Carolina concorda e sugere também que não há necessidade de restringir apenas a administração pública direta,

Maurício e os demais participantes concordam e assim foi feita a alteração.

Liliane pede a palavra e comenta que a possibilidade de avaliação periódica do instrumento citada anteriormente, é importante porque o instrumento precisa ser dinâmico principalmente porque a epidemiologia da deficiência muda ao longo dos anos e teremos o envelhecimento da população e o instrumento terá que acompanhar essas mudanças da população.

O grupo concorda e sugerem que seja colocado como disposição do decreto. Maurício, então, realiza a alteração conforme acordado pelo grupo.

Liliane pergunta se no lugar de “órgão competente” poderia ser “comitê gestor” por exemplo? Pois assim não ficaria a cargo de um único órgão.

Mauricio responde que sim desde que seja instituído esse comitê gestor. O grupo concorda e assim foi incluído a terminologia comitê Gestor.

Prosseguindo para discussão sobre competência para a realização da avaliação e aplicação do instrumento, Maurício justifica a permanência do termo “órgão competente” porque ainda não se sabe quem vai aplicar o instrumento. Liliane explica que a intenção é que seja o INSS, inicialmente, mas devido o volume de pessoas será necessário fazer parcerias com outros órgãos, podendo ser com estado e município. Justificando a sugestão de se trabalhar com o escopo mais amplo, visto que a aplicação do instrumento para a avaliação poderá ser ampliada para estados e municípios.

Com isso, Maurício inseriu uma indicação dessa possibilidade no documento discutido.

O item F trata da revisão geral do instrumento, o item G da cláusula de alteração de decreto, e o item H trata da clausula de revogação de decretos incompatíveis com o novo modelo.

Ao final há algumas questões para discussão como grupo. A primeira seria a respeito do Cadastro Inclusão, se seria regulamentado nesse decreto nesse decreto? Se será criada uma identificação da pessoa com deficiência com base na avaliação? Art. 39, Lei 13 846, que fala sobre a vigência desse dispositivo ser até ter um instrumento, é de competência da perícia médica federal fazer avaliação pelo menos da parte médica da avaliação biopsicossocial. A questão é se há necessidade de sugerir alguma alteração ou não visto que já está sendo determinado que a avaliação será feita por órgão competente? o grupo entende que não há necessidade porque o texto do dispositivo já determina que sua vigência acaba quando for instituído o instrumento. Com isso a questão foi retirada do documento.

Em resposta a questão do Cadastro Inclusão e Identificação, Liliane explica que devido envolver toda uma discussão sobre segurança de dados, deverá ser trabalhado e regulamentado pela Secretaria de Governo Digital-SGD.

Finalizando, Maurício pergunta se o grupo tem mais alguma sugestão de itens necessários para composição do Decreto que instituirá o instrumento. Sem manifestações, passou-se para a realização breve da minuta de relatório que será apresentado ao GTI sobre os trabalhso realizads desse GTE.

Maurício apresentação o documento que começa com uma introdução dizendo o conceito de pessoa com deficiência trazido pela convenção, para introduzir o decreto que instituiu o grupo de trabalho e, consequentemente, permitiu a criação dos GTEs que é o decreto 10 415 de 2020. Seguindo com a previsão do artigo sexto que é a previsão do GTE de Normativos, para assim demonstrar que o objetivo do grupo técnico especializado é especificamente realizar estudos e levantamentos de informações para proposta de ato normativo regulamentando o artigo segundo a lei 13 146. Deixando claro que a intenção de não interferir em políticas públicas, e que este grupo não tem a competência para interferir em políticas públicas. Demonstra que há necessidade clara de mudanças de legislação, de normas da pessoa com deficiência, mas isso não é no âmbito do trabalho deste GTE nesse momento. Em sequência explica a metodologia de trabalho, entendendo ser necessário a publicação de um decreto instituindo já que é a competência de o presidente dirigir a administração federal; reconhecendo que, para evitar a judicialização, propôs a alteração de algumas normas deixando compatível com o novo modelo de avaliação da deficiência. Passando para a descrição de como foi realizada as reuniões tendo como produto a tabela de legislações analisadas. Propondo que qualquer mudança na redação desse dispositivo seja genérica observando a LBI e se caso haja alteração no instrumento, não seja necessário alterar todo o decreto. Mostrando por que que determinadas normas devem ou não mudar para subsidiar o trabalho de quem for fazer isso. O objetivo não é exatamente propor a norma e sim dá um bom subsídio para aquele que for ter essa missão, tomando o cuidado de não alterar disposições que fixasse requisitos específicos de cada política pública, porventura existentes.

Ao final pede ao grupo que revisem o documento e encaminhem por e-mail qualquer sugestão ou alteração, até sexta-feira, dia 25.06.2021, para na segunda feira dia 28.06.2021, encaminhar para todos os documentos finais para o relatório. Tendo como previsão de realização de nova reunião no período de 12 e 13 de junho para finalizar o relatório.

Sem mais o que acrescentar, finalizou-se a reunião

ENCAMINHAMENTOS:

- Previsão de nova reunião para final de julho, pela plataforma Zoom.
- Receber sugestões de alteração nas minutas até dia 25.06.2021;
- Envio de minutas finais dos documentos trabalhados pelo grupo até dia 28.06.2021.

2950721 00135.209348/2022-59

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS
Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
Gabinete da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

OFÍCIO Nº 640/2022/GAB.SNDPD/SNDPD/MMFDH

Brasília, 12 de maio de 2022.

Ao Senhor
LUCAS BATISTA DE CARVALHO PINHEIRO
Chefe da Assessoria Parlamentar
Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - MMFDH
Esplanada dos Ministérios – Bloco A, 4º andar
CEP: 70.054-906 - Brasília DF
E-mail: lucas.pinheiro@mdh.gov.br

Assunto: **Requerimento de Informação nº 2219/2021.**

Senhor Assessor Parlamentar,

1. Cumprimentando-o cordialmente, fazemos referência ao Ofício nº 1414 (2912724), que versa sobre o Requerimento de Informação nº 2219/2021 (2906920/pgs. 2 a 14), de autoria da Senadora Mara Gabrilli, que solicita informações sobre a regulamentação do art. 2º da Lei n°13.146, de 6 de julho de 2015, que trata da criação de instrumentos para a avaliação da deficiência, nos termos dos expedientes supramencionados.

2. A Senadora Mara Gabrilli requer, nos termos do art. 50, § 2°, da Constituição Federal e do art. 216 do Regimento Interno do Senado Federal, que sejam prestadas, pela Exma. Sra. Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), informações sobre a criação de instrumentos para a avaliação da deficiência, cuja regulamentação pelo Poder Executivo é prevista no art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Diante disso, quanto às informações solicitadas, temos a informar:

> I - **relatório final dos trabalhos realizados pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, conforme previsto no § 1° do art. 8° do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020;**

RESPOSTA:O Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência e demais documentos produzidos estão disponíveis no seguinte endereço eletrônico: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/relatorio-final-gti-avaliacao-biopsicossocial>. São eles:

> a) Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (2928850);

b) Relatório Final do Grupo de Trabalho Especializado sobre Instrumento e Sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (2928866);

c) Relatório Final do Grupo Técnico Especializado sobre o Normativo do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (2928942 / 2928969 / 2928987);

d) Relatório Final do Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial (2929005);

e) Estudo exploratório dos requerimentos de BPC à pessoa com deficiência (2929020);

f) Proposta para o instrumento e o modelo único de avaliação da deficiência (2929053);

g) Análise da Aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado em Requerentes do Benefício de Prestação Continuada à Pessoa Com Deficiência - Unimar (2929083);

h) Análise comparativa entre os perfis de beneficiários de políticas públicas a partir da pesquisa de campo do IFBRM – ENAP (2929091);

i) Análise sobre os determinantes da Concessão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – ENAP (2929100);

j) Análise sobre os determinantes da Concessão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (apresentação) – ENAP (2929371);

k) Proposta para o instrumento e o modelo único de avaliação da deficiência (2929114); e

l) Relatório de Análise Ex Ante Implantação do Sistema Unificado da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência – ENAP (2929430);

II - **informações e justificativa sobre a ausência de publicidade aos trabalhos e às deliberações do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;**

RESPOSTA: Quanto a publicidade dos trabalhos, apenas fora seguindo o constante no §2º do art. 8º do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020, estabeleceu vedação a divulgação de discussões em curso sem a prévia anuência de seu Coordenador. Sendo todos os documentos publicados tempestivamente.

III - **informações sobre o motivo da ausência de membros da sociedade civil da composição do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;**

RESPOSTA: Nos termos do art. 3º, inciso VI, do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020, o Grupo de Trabalho Interinstitucional teve dois representantes do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que representavam a sociedade civil.

IV - **informações e justificativa sobre a ausência de submissão à consulta popular do relatório final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;**

RESPOSTA: Importante ressaltar que o referido documento trata-se de um relatório das

atividades do GTI, desta forma, não cabe a submissão deste à consulta pública, mas sim dar publicidade ao mesmo. Assim, informa-se que a publicidade ao relatório do GTI foi feita com sua disponibilização ao público no site do MMDFH, podendo ser acessado pelo link: <Relatório Final GTI Avaliação Biopsicossocial>, página que também contem todos os anexos de referido relatório.

V - **confirmação sobre a eventual ausência de representantes do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência nas reuniões do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;** e

RESPOSTA: Conforme registro das atas do GTI, o CONADE participou das reuniões até a 4ª reunião ordinária, ocorrida em 18 de janeiro de 2021. Na ata da 5ª reunião, há o registro de que o Conselho deliberou pela não participação nas reuniões do GTI.

VI - **informações sobre a eventual injuridicidade de deliberações tomadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência quando ausente qualquer dos integrantes previstos no art. 3° do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020.**

RESPOSTA: As reuniões e as deliberações seguiram obedecendo o quórum estabelecido no Art. 5º , § 3º do Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020, que estabeleceu que o quórum de reunião é de maioria absoluta e o quórum de aprovação é de maioria simples.

VII - **Outrossim, requisita-se o envio de todas as atas de reuniões realizadas no âmbito do GTI e dos GTEs, assim como informações sobre a posição e o voto de cada membro do GTI na aprovação do relatório final.**

RESPOSTA: Primeiramente, quanto a posição e o voto de cada membro do GTI na aprovação do relatório final, tal informação consta na Ata da 9ª Reunião Ordinária GTI - 30-09-21 (2945738).

Segundo, quanto as atas de reuniões realizadas no âmbito do GTI e dos GTEs, seguem:

a) **Atas das reuniões realizadas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.**

GTI Ordinária/Extraordinária	Data de Realização	Documento SEI
1ª Reunião de Instituição do GTI	10/08/2020	2945676
1ª Reunião Extraordinária	13/08/2020	2945679
2ª Reunião Ordinária	28/10/2020	2945688

2ª Reunião Extraordinária	13/11/2020	2945692
3ª Reunião Ordinária	17/12/2020	2945700
4ª Reunião Ordinária	18/01/2021	2945708
5ª Reunião Ordinária	08/04/2021	2945715
6ª Reunião Ordinária	19/05/2021	2945717
7ª Reunião Ordinária	25/08/2021	2945723
8ª Reunião Ordinária	31/08/2021	2945728
9ª Reunião Ordinária	30/09/2021	

b) **Atas das reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre o Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial.**

GTE Instrumento	**Data de Realização**	**Documento SEI**
1ª Reunião	03/09/2020	2945789
2ª Reunião	10/09/2020	2945793
3ª Reunião	14/09/2020	2945797
4ª Reunião	17/09/2020	2945811
5ª Reunião	25/09/2020	2945838

6ª Reunião	01/10/2020	2945840
7ª Reunião	08/10/2020	2945842
8ª Reunião	16/10/2020	2945848
9ª Reunião	20/04/2021	

c) **Atas das reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre o Impacto Orçamentário Financeiro do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial.**

GTE Orçamento	**Data de Realização**	**Documento SEI**
1ª Reunião	04/09/2020	2945867
2ª Reunião	09/09/2020	2945874
3ª Reunião	16/09/2020	2945878
4ª Reunião	23/09/2020	2945880
5ª Reunião	30/09/2020	2945882
6ª Reunião	07/10/2020	2945891
7ª Reunião	14/10/2020	

d) **Atas das reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Especializado sobre Normativos do Modelo Único de Avaliação da Deficiência.**

GTE Normas	**Data de Realização**	**Documento SEI**
1ª Reunião	15/10/2020	2945900
2ª Reunião	22/10/2020	2945902
3ª Reunião	26/11/2020	2945905
4ª Reunião	03/12/2020	2945910

5ª Reunião	10/12/2020	2945915
6ª Reunião	28/04/2021	2945919
7ª Reunião	04/05/2021	2945920
8ª Reunião	18/05/2021	2945922
9ª Reunião	25/05/2021	2945926
10ª Reunião	01/06/2021	2945929
11ª Reunião	08/06/2021	2945934
12ª Reunião	16/06/2021	2945937
13ª Reunião	22/06/2021	2945940

3. Esta Secretaria encontra-se à disposição.

Atenciosamente,

CLAUDIO DE CASTRO PANOEIRO
Secretário Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

Documento assinado eletronicamente por **Claudio De Castro Panoeiro**, **Secretário(a) Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**, em 13/05/2022, às 18:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.mdh.gov.br/autenticidade, informando o código verificador **2950721** e o código CRC **AA075112**.

Esplanada dos Ministérios, Bloco A, 9º Andar - Zona Cívico-Administrativa CEP 70054-906 - Brasília/DF
Página GOV.BR: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/protocolo
Telefones: (61) 2027 3302/ 3332 / 3913 / 3620

2969164 00135.209348/2022-59

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS
Gabinete da Ministra

OFÍCIO Nº 3990/2022/GM.MMFDH/MMFDH

Brasília, 23 de maio de 2022.

A Sua Excelência o Senhor
Senador IRAJÁ SILVESTRE FILHO
Primeiro-Secretário do Senado Federal
Senado Federal, Bloco 2, Pavimento Térreo
70160-900 Brasília/DF

apoiomesa@senado.leg.br

Assunto: Requerimento de Informação nº 2219/2021.

Senhor Primeiro-Secretário,

Cumprimentando-o cordialmente, reporto-me ao Ofício nº 263/SF (2906920), dessa procedência, que trata do Requerimento de Informação nº 2219/2021 (2906920, págs. 2 a 14), de autoria da Senadora Mara Gabrilli, para informar que a demanda foi objeto de análise da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência desta Pasta que, em resposta, apresentou os subsídios constantes no Ofício nº 640/2022/GAB.SNDPD/SNDPD/MMFDH (2950721), e anexos, conforme abaixo elencados, os quais encaminho para conhecimento e providências decorrentes.

ANEXOS
Relatório Final do GTI Modelo Único de AB da Deficiência (2928850)
Relatório Final do GTE sobre Instrumento e Modelo Único (2928866)
Relatório Final do GTE sobre o Normativo (2928942)
Tabela de Necessidade de Alterações Normativas (2928969)
Proposta de Norma instituindo Instrumento Único (2928987)
Relatório GTE Impacto Orçamentário (2929005)
Anexo Estudo exploratório dos requerimentos de BPC (2929020)
Proposta para o Instrumento SP/MC/INSS/ME/MS/AGU (2929053)
Anexo Análise da Aplicação do IFBRM - Unimar (2929083)
Anexo Análise comparativa - EvEx (2929091)
Anexo Análise comparativa determinantes - EvEx (2929100)
Anexo Análise comparativa determinantes - EvEx (apres.) (2929371)

Proposta de Instrumento IFBrM com Ajustes - SNDPD (2929114)
Relatório de Análise Ex Ante Implantação da ABD (2929430)
Ata 1ª Reunião de Instituição do GTI (2945676)
Ata 1ª Reunião Extraordinária GTI (2945679)
Ata 2ª Reunião Ordinária GTI (2945688)
Ata 2ª Reunião Extraordinária GTI (2945692)
Ata 3ª Reunião Ordinária GTI (2945700)
Ata 4ª Reunião Ordinária GTI (2945708)
Ata 5ª Reunião Ordinária GTI (2945715)
Ata 6ª Reunião Ordinária GTI (2945717)
Ata 7ª Reunião Ordinária GTI (2945723)
Ata 8ª Reunião Ordinária GTI (2945728)
Ata 9ª Reunião Ordinária GTI (2945738)
Ata 1ª Reunião GTE Instrumento (2945789)
Ata 2ª Reunião GTE Instrumento (2945793)
Ata 3ª Reunião GTE Instrumento (2945797)
Ata 4ª Reunião GTE Instrumento (2945811)
Ata 5ª Reunião GTE Instrumento (2945838)
Ata 6ª Reunião GTE Instrumento (2945840)
Ata 7ª Reunião GTE Instrumento (2945842)
Ata 8ª Reunião GTE Instrumento (2945848)
Ata 9ª Reunião GTE Instrumento (2945851)
Ata 1ª Reunião GTE Orçamento (2945867)
Ata 2ª Reunião GTE Orçamento (2945874)
Ata 3ª Reunião GTE Orçamento (2945878)
Ata 4ª Reunião GTE Orçamento (2945880)
Ata 5ª Reunião GTE Orçamento (2945882)
Ata 6ª Reunião GTE Orçamento (2945891)
Ata 7ª Reunião GTE Orçamento (2945894)
Ata 1ª Reunião GTE Normas (2945900)
Ata 2ª Reunião GTE Normas (2945902)
Ata 3ª Reunião GTE Normas (2945905)
Ata 4ª Reunião GTE Normas (2945910)
Ata 5ª Reunião GTE Normas (2945915)
Ata 6ª Reunião GTE Normas (2945919)
Ata 7ª Reunião GTE Normas (2945920)
Ata 8ª Reunião GTE Normas (2945922)
Ata 9ª Reunião GTE Normas (2945926)
Ata 10ª Reunião GTE Normas (2945929)
Ata 11ª Reunião GTE Normas (2945934)
Ata 12ª Reunião GTE Normas (2945937)
Ata 13ª Reunião GTE Normas (2945940)

Ao ensejo, renovo protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

CRISTIANE RODRIGUES BRITTO
Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Rodrigues Britto**, **Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos**, em 23/05/2022, às 18:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.mdh.gov.br/autenticidade, informando o código verificador **2969164** e o código CRC **8C337ED9**.

Referência: Caso responda este ofício, indicar expressamente o Processo nº 00135.209348/2022-59 SEI nº 2969164

Esplanada dos Ministérios, Bloco A, 9º Andar - Zona Cívico-Administrativa CEP 70054-906 - Brasília/DF
Página GOV.BR: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/protocolo
Telefones: (61) 2027 3302/ 3332 / 3913 / 3620