


Diálogos
UNIÃO EUROPEIA · BRASIL



União Europeia

**UNIÃO EUROPEIA
E BRASIL NA
CONSTRUÇÃO
DE SISTEMAS DE
AVALIAÇÃO DA
DEFICIÊNCIA**

**COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO
DA DEFICIÊNCIA PARA
POLÍTICAS PÚBLICAS NO
BRASIL, FRANÇA E ESPANHA**

A white ceramic mug with a handle on the right side, filled with dark coffee. The word "BEGIN." is printed in a black, typewriter-style font on the front of the mug. The mug is placed on a light-colored wooden surface with visible grain. The background is blurred, showing what appears to be a wooden chair and some orange-colored objects.

BEGIN.

UNIÃO EUROPEIA E BRASIL NA CONSTRUÇÃO DE SISTEMAS DE AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

**COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO
DA DEFICIÊNCIA PARA
POLÍTICAS PÚBLICAS NO
BRASIL, FRANÇA E ESPANHA**



Título do Projeto/Ação	Experiências da União Europeia e Brasil na Construção de Sistemas de Avaliação da Deficiência
Código do Projeto/Ação	DHUM0118
Beneficiários diretos:	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
Designação do Relatório:	Relatório Final
Autores	José Miguel Nogueira Marcelo Riberto
Data do Relatório	14 agosto de 2019

PROJETO IMPLEMENTADO POR:



As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não representam, necessariamente, o ponto de vista do Governo Brasileiro e da Comissão Europeia.

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Jair Messias Bolsonaro

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

Ministra de Estado

Damares Regina Alves

Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

Priscilla Roberta Gaspar Oliveira

Diretora de Gestão e Relações Interinstitucionais

Aretusa Naufal Fujihara

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

Ministro da Economia

Paulo Guedes

Secretário de Gestão

Cristiano Rocha Heckert

Diretor Nacional da Iniciativa

Ganesh Inocalla

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES

Ministro de Estado das Relações Exteriores

Ernesto Araujo

Chefe do Departamento da Europa

Carlos Luís Dantas Coutinho Perez

Chefe da Divisão Europa III

Marcela Pompeu de Sousa Campos

DELEGAÇÃO DA UNIÃO EUROPEIA NO BRASIL

Embaixador
Ignacio Ibáñez

Primeira Secretária - Chefa do Sector FPI
Team Regional Américas
Maria Rosa Sabbatelli

Adido Civil - Gerente de Projetos - Instrumento da Parceria (FPI)
Team Regional Américas
Costanzo Fisogni

Peritos do projeto e autores do Estudo
José Miguel Nogueira
Marcelo Riberto

Consórcio Executor
CESO Development Consultants/WYG/ Camões, I.P.

CONTATOS

Direção Nacional da Iniciativa
+ 55 61 2020.8698
dialogos.setoriais@planejamento.gov.br
www.sectordialogues.org

USO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Os dados da presente proposta não deverão ser divulgados e não deverão ser duplicados, utilizados ou divulgados, no todo ou em parte, para qualquer outra finalidade que não a de avaliar a proposta. As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não representam, necessariamente, o ponto de vista do Governo Brasileiro e da União Europeia.

PREFÁCIO

Izabel de Loureiro Maior*

Foi uma grata oportunidade conhecer antecipadamente e tecer comentários sobre o relatório da consultoria relativa à comparação da avaliação da deficiência para políticas públicas no Brasil, França e Espanha, elaborado pelos pesquisadores José Miguel Nogueira (especialista de Portugal) e Marcelo Riberto (do Brasil), no âmbito do projeto Experiências da União Europeia e Brasil na Construção de Sistemas de Avaliação da Deficiência, iniciativa do Ministério dos Direitos Humanos, desenvolvida em 2018. O documento contém ainda a análise comparada das apresentações realizadas pelos representantes dos países convidados para o Seminário Internacional sobre Avaliação da Deficiência, ocorrido em Brasília, a saber: Reino Unido, Dinamarca, Argentina, Chile, Colômbia, México e República Dominicana. Efetivamente, realidades culturais e de desenvolvimento socioeconômico distintas ilustraram as possibilidades a serem analisadas pelos gestores e especialistas brasileiros envolvidos com o novo modelo biopsicossocial de avaliação da deficiência a ser adotado.

De maneira mais aprofundada, as políticas públicas e a avaliação da deficiência na França e na Espanha servem de contraponto para as práticas existentes no Brasil, tanto do ponto de vista legislativo, quanto de gestão pública, com o detalhamento das opções colocadas à disposição das pessoas com deficiência. As visitas e a análise dos procedimentos nesses dois países, trouxeram informações que podem auxiliar as escolhas nacionais na elaboração do sistema de avaliação unificada da deficiência que tenha como norte as necessidades individuais dos cidadãos com deficiência.

Os países da União Europeia e os da América Latina têm em comum a adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD, tratado de direitos humanos adotado pela Organização das Nações Unidas – ONU, em 13 de dezembro de 2006, aberto para assinaturas em 30 de março de 2007 e que passou a vigorar em 3 de maio de 2008. No Brasil, foi ratificado com equivalência constitucional em 9 de julho de 2008 e sua promulgação interna ocorreu por intermédio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

Ao se tratar da avaliação da deficiência é imprescindível ter como base o conceito adotado pela CDPD, pois, no passado, os países seguiram caminhos culturais e legais diferentes para estabelecer políticas e programas destinados às pessoas com deficiência, desde medidas segregacionistas, assistencialistas e finalmente propostas sociais de equiparação de oportunidades. Principalmente a partir da década de 1980, o movimento social internacional intensificou a pressão junto a seus governos e no âmbito da ONU por um tratado específico capaz de promover, proteger e assegurar a dignidade humana, a autonomia e a não discriminação vivida por milhões de pessoas com deficiência em todos os países, a maioria sem quaisquer referenciais legais que lhes garantissem os direitos humanos.

De doentes, inválidos e incapazes, as pessoas com deficiência experimentaram situações de isolamento compulsório, exclusão e progressiva integração à sociedade, embora a completa inclusão e participação social continue a ser mais exceção do que regra, mesmo em países com maior nível de desenvolvimento social e adequada distribuição de renda. Existe acentuada discriminação contra a maior das minorias, cerca de 15% da população do planeta, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde - OMS e do Banco Mundial (2011). A associação entre pobreza e deficiência, falta de acesso às condições adequadas de saúde e de educação, obstáculos ao ingresso no mercado de trabalho representam grave violação dos direitos humanos e impactam negativamente suas condições de vida.

Todavia, com a análise comparativa entre Brasil, França e Espanha, buscou o governo federal encontrar modelos que nos apresentem experiências tanto da avaliação da deficiência, como de medidas adequadas para responder às necessidades desse conjunto heterogêneo de pessoas, visando corrigir as disparidades existentes e oferecer os apoios para sua inclusão e cidadania.

Partindo-se dos princípios gerais da CDPD, temos como ponto comum entre os países analisados, o entendimento da deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade. A deficiência deixou de ser considerada um prejuízo individual ou um atributo biológico de desvantagem e foi assumida

como o resultado entre a interação da pessoa (com deficiência) e a sociedade despreparada, que apresenta barreiras atitudinais ou ambientais à sua participação em condições iguais às demais pessoas. Como reprisado por diferentes autores, deficiência é a restrição de participação social.

No modelo médico, era prática verificar o grau de perda da função e da estrutura do corpo humano na avaliação de cada pessoa, tal como os exames empregados nas patologias, transtornos ou doenças. Na verdade, tradicionalmente, avaliava-se o aspecto biológico da deficiência como uma patologia individual, com a utilização de escalas e tabelas chamadas baremos, que significam a correlação entre perdas fisiológicas e o grau de incapacidade gerado, sem considerar as condições contextuais. Em outras palavras, essas cifras são parâmetros empregados, por exemplo, em cálculos de indenização por incapacidade pelas seguradoras. A partir da adoção do modelo social da deficiência preconizado pela CDPD, a Espanha e alguns países latino-americanos que seguiam a valoração da deficiência por baremos passaram a adotar novas metodologias de avaliação.

Avaliar o grau de restrição de participação, característica do modelo social da deficiência, significa reconhecer os aspectos do contexto social que ocasionam a redução da funcionalidade das pessoas com deficiência e, assim, adotar políticas para enfrentar e superar as desigualdades persistentes. Dessa forma, avaliar as barreiras da sociedade é uma medida que serve para medir a dificuldade de uma dada pessoa com fatores externos discriminadores, que provavelmente limitam as chances de outros indivíduos com deficiência, tal como a falta de transporte acessível ou a ausência de comunicação acessível à cultura. Note-se que a avaliação da deficiência restrita aos aspectos biológicos não é suficiente para avaliar as condições de participação.

Coube a OMS elaborar uma nova classificação voltada para a condição de saúde, de caráter multidimensional e interativo, que conseguisse mostrar a correlação entre condições individuais e sociais, aspectos da estrutura e função, atividade e participação, e os fatores contextuais, subdivididos em fatores ambientais e pessoais. A Classificação Internacional de Funcional, Incapacidade e Saúde – CIF foi lançada em 2001 e representa o modelo relacional, mais conhecido como biopsicossocial, ao valorizar as interações entre o indivíduo e a sociedade, sua funcionalidade ou incapacidade, dependendo da presença de facilitadores ou de obstáculos.

Diferentemente da Classificação Internacional de Doenças – CID, a CIF não estabelece códigos para pessoas e tampouco define deficiência ou rotula pessoas com deficiência. Não obstante, a CIF serve de base para que os países possam utilizar seu conteúdo para elaborarem instrumentos de avaliação da deficiência que orientem o acesso às políticas, em especial, às ações afirmativas destinadas a promover a equiparação de oportunidades para os indivíduos mais vulneráveis ou que apresentem necessidades específicas.

Para entender melhor o texto da CDPD, cabe esclarecer que o enunciado sobre pessoas com deficiência presente no artigo 1 foi inserido ao final dos debates na ONU e não se trata de uma definição, razão pela qual não se encontra no artigo 2, destinado a definições. Se compararmos com o enunciado presente na letra “e” do Preâmbulo, fica evidente que deficiência é um conceito em evolução de caráter relacional e, por outro lado, a menção às pessoas com deficiência no artigo 1, introduziu os termos “impedimentos” e de “longo prazo”, que não surgem em nenhum outro artigo do tratado, nos quais serão minuciosamente detalhados os direitos, a acessibilidade, os apoios específicos, sem voltar a mencionar características biológicas ou impedimentos, nem tampouco se referir a graus de incapacidade.

A força e o propósito da CDPD residem na garantia de a sociedade e os governos propiciarem as políticas públicas, apoios e suportes a cada um na medida de sua necessidade. Dessa maneira, somente cabe estabelecer uma metodologia de avaliação que tenha por objetivo fazer cumprir essa proposta, ou seja, avaliar as necessidades e fazer com que as pessoas com deficiência as recebam para que possam ter qualidade de vida e participação social em condições iguais às demais pessoas. A avaliação da deficiência não deve se transformar em um gargalo ou uma medida redutora de acesso aos recursos, mas possibilitar responder caso a caso, com olhar de equipes multiprofissionais e interdisciplinares capacitadas e dedicadas às políticas inclusivas.

A avaliação da deficiência, segundo as premissas da CDPD, deve enfatizar a capacidade de realização das atividades e das participações, pois a limitação do desempenho da atividade e a restrição da participação demonstram tanto a presença de alterações na estrutura e função do corpo como a existência de barreiras representadas por fatores externos à pessoa. Para complementar as informações da avaliação da deficiência com base na CIF, apropriada pela

Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), são assinaladas as alterações da estrutura e da função do corpo e os fatores contextuais, que podem ser assinalados ou mensurados.

Na França, a política e sua gestão seguem a proposta de inclusão e cidadania das pessoas com deficiência a partir de uma secretaria no âmbito do Gabinete do Primeiro Ministro e pontos focais em cada ministério. A legislação de 2005 contempla a atuação de 101 Casas Departamentais dos Deficientes, as quais são responsáveis pela avaliação de necessidades de compensação e desenvolvimento do plano de compensação personalizado para as pessoas com deficiência. As equipes multidisciplinares atuam para acolher, informar, acompanhar e aconselhar pessoas com deficiência e suas famílias, bem como sensibilizar todos os cidadãos da sociedade para as questões da inclusão e da participação das pessoas com deficiência. São exemplos do trabalho desenvolvido: acesso à educação, prestações sociais, procura de emprego, apoio no domicílio, atividades de vida diária e procura de uma solução residencial assistida. Na França não existe uma avaliação única para acesso às políticas públicas e a avaliação tem início a partir do requerimento do interessado que pode especificar o que procura. Os pesquisadores expõem em detalhes as várias opções de apoio estatal para as pessoas com deficiência.

A Espanha detém vasto conjunto de políticas públicas de apoio às pessoas com deficiência, cuja elegibilidade está condicionada a uma avaliação realizada pelos serviços do Instituto de Idosos e Serviços Sociais – IMSERSO, sob responsabilidade das comunidades autônomas. Há duas conceituações na legislação espanhola: pessoas com deficiência que segue a CDPD e “pessoa com dependência” aquela que tem uma incapacidade, de caráter permanente, que, devido à idade, doença ou deficiência, origina uma falta ou perda de autonomia física, mental, intelectual ou sensorial, requer a atenção de uma ou mais pessoas para realizar atividades da vida quotidiana ou, no caso de pessoas com deficiência mental ou doença mental, de outros apoios para a sua autonomia pessoal.

A avaliação da deficiência na Espanha, sob o Real Decreto Normativo 1/2013, é realizada por equipes multidisciplinares compostas por médicos, psicólogos e assistentes sociais com experiência e conhecimentos

específicos na determinação do “grau de deficiência”. Entretanto, o processo avaliativo vigente no país ainda detém um componente biomédico, associado a um componente biopsicossocial, representado pela participação de psicólogos e assistentes sociais que, independentemente da determinação da percentagem de alterações das funções e estruturas do corpo, procuram identificar as funcionalidades do indivíduo, bem como as barreiras ou os facilitadores ambientais para ajudar na elaboração de projetos de vida na comunidade. No texto do relatório há as informações sobre as competências das equipes.

Com características diferentes do existente na França e na Espanha, os representantes da Dinamarca e do Reino Unido relataram no seminário de Brasília que a avaliação das pessoas tem por finalidade conhecer o que necessitam, para proverem medidas compensatórias de apoio e/ou de vida independente, assim como estímulo ao acesso ao trabalho, com reserva de vagas e incentivos fiscais, pois as medidas são baseadas em não discriminação e igualdade de oportunidades. Na Dinamarca cabe aos municípios garantirem os direitos das pessoas com deficiência e existe flexibilidade no conjunto de recursos disponíveis, lembrando que são signatários da CDPD. Os pesquisadores ressaltaram também a política de subsídio para independência pessoal existe no Reino Unido, cuja finalidade é compensar o custo adicional da deficiência.

No seminário foram apresentados os programas e políticas dos países latino-americanos e seus esforços de ajustamento aos ditames da CDPD. Existem procedimentos de avaliação da deficiência de natureza biopsicossocial como se pretende instituir no Brasil, na Argentina e Chile, embora correspondam à mudança muito recente ainda não completamente implementada. Estudos estão em progresso, à exceção da República Dominicana, e todos os países demonstraram a intenção e necessidade de criar um Registro Nacional, a exemplo do Cadastro Inclusão existente na Lei Brasileira de Inclusão, mas que ainda não foi regulamentado. A Colômbia aprovou em 2018 a Certificação de Deficiência como um procedimento de avaliação clínica, multidisciplinar, baseada na CIF, que identifica as deficiências físicas, incluindo as psicológicas, as limitações na atividade e as restrições na participação, e são parte integrante do RLCPD – Registro de Localização e Certificação de Pessoas com

Deficiência. Parece-nos a normativa mais de acordo com as determinações da LBI e será importante acompanhar sua implantação e manter a troca de informações para o aperfeiçoamento da metodologia.

Considerando-se as experiências da União Europeia, fica patente a existência de modelos de avaliação centrados no indivíduo e suas necessidades, como na Dinamarca e no Reino Unido, para os quais a percepção das condições de vida estão acima da determinação de graus de incapacidade e de certificação. Por seu turno, Espanha e França ocupam-se com procedimento biopsicossocial de avaliação por equipes multidisciplinares que também realizam a orientação das pessoas e das famílias para o acesso aos serviços e benefícios. Nesses países, as estruturas são específicas para a implementação das políticas de inclusão, algo que deveria ser a referência para o Brasil, que ainda confunde direitos previdenciários, assistenciais, invalidez e auxílio doença da população em geral no mesmo órgão que avaliação a pessoa com deficiência para a concessão do benefício assistencial e a aposentadoria com redução do tempo de contribuição. Pelo mostrado na consultoria e no seminário, a centralização da avaliação da deficiência em um órgão como o INSS não é adotado pelos demais países.

Sabe-se que a simples importação dos modelos de avaliação da deficiência não traria um bom resultado, visto que a estrutura e atribuições das instâncias governamentais difere entre os países analisados, tal como a capacidade de demanda e organização do movimento das pessoas com deficiência têm pesos distintos em razão da cultura de cada nação. Entretanto, cabe destacar que a CDPD impulsionou de forma positiva as leis e políticas nos países que a adotaram, em especial, alterando significativamente a importância das mudanças que precisam ocorrer na atitude da sociedade e na provisão de suportes e medidas centradas nas necessidades específicas de cada pessoa para promover sua dignidade, autonomia, direito de escolha e participação em todas as esferas sociais.



ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS..... 18

INTRODUÇÃO..... 20

1. Enquadramento teórico 24

- 1.1 As construções sociais e valorativas na deficiência 24
- 1.2 A Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência..... 30
- 1.3 Uma breve abordagem à classificação da deficiência:
da CID à CIF 31
- 1.4 O que deve ser abordado na avaliação da funcionalidade das
pessoas..... 34

2. As políticas públicas e os modelos de avaliação da deficiência na França

- 2.1 O papel das Casas Departamentais (MDPH)..... 43
- 2.2 O “Guia de avaliação de necessidades de compensação” (GEVA) na
avaliação da deficiência 45
- 2.3 A “Escala – Guia” enquanto instrumento de avaliação para o
acesso a benefícios com base na determinação de uma taxa de
incapacidade..... 49

3. As políticas públicas e a avaliação da deficiência na Espanha..... 57

- 3.1 A abordagem em vigor e a estruturação do sistema 60
- 3.2 Nova proposta de modelo de avaliação da deficiência
na Espanha 65

4. As políticas públicas e a avaliação da deficiência no Brasil..... 68

- 4.1. Instrumento de avaliação para o Benefício de Prestação
Continuada..... 71

4.2. Índice de funcionalidade Brasileiro	76
4.3. Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IF-BrA)	81
4.4. Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IF-BrM)	86
4.5. Outras políticas federais brasileiras baseadas na avaliação da funcionalidade	99

5. Análise comparativa da avaliação da deficiência no Brasil, Espanha e França

5.1. Quanto ao contexto	104
5.2. Quanto ao local de avaliação	106
5.3. Quanto à equipe de avaliação	107
5.4. Quanto ao processo de avaliação	108
5.5. Quanto ao conteúdo de avaliação	109
5.6. Quanto à conclusão de avaliação	112

NOTAS FINAIS

Anexo 1. A avaliação da deficiência na Europa e América Latina (perspectiva comparada)

A.1. A avaliação na Europa	120
A.2. A avaliação na América Latina	125
A.3. A avaliação da deficiência na Europa e América Latina – Tabela Síntese Comparativa	134

Referências bibliográficas e normativas

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADROS

Quadro 1	Modelo médico versus modelo Social
Quadro 2	Domínios de avaliação da funcionalidade
Quadro 3	A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência na França
Quadro 4	A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência na Espanha
Quadro 5	Regras gerais para a determinação do grau de incapacidade causada por deficiências permanentes
Quadro 6	Graus/classes de incapacidade na Espanha
Quadro 7	Novo modelo de classificação/avaliação da deficiência na Espanha
Quadro 8	A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no Brasil
Quadro 9	Políticas públicas federais para as pessoas com deficiência no Brasil
Quadro 10	Domínios do IFBr
Quadro 11	IFBr – Pontuação baseada na independência
Quadro 12	Redução de tempo para aposentadoria de acordo com níveis de pontuação do IF-BrA
Quadro 13	Comparação das atividades e participações presentes no If-Br e If-BrM
Quadro 14	Modelo Fuzzy para deficiência auditiva
Quadro 15	Modelo Fuzzy para deficiência intelectual
Quadro 16	Modelo Fuzzy para deficiência física
Quadro 17	Modelo Fuzzy para deficiência visual
Quadro 18	Modelo Fuzzy para deficiência mental / psicossocial
Quadro 19	– Modelo Fuzzy para deficiência mental / psicossocial Quadro 19 IFBrM (Adulto) – Descrição das atividades e domínios
Quadro 20	Políticas relacionadas aos funcionários públicos federais
Tabela 16	Comparação dos modelos e características da avaliação da deficiência nos países estudados

TABELAS

Tabela 1	Percentagens de gravidade que decorrem do novo modelo de avaliação
Tabela 2	Benefícios de prestação continuada concedidos em 2017 de acordo com o sexo e com os grupos nosológicos
Tabela 3	Benefícios definidos pela LC142 avaliados no ano 2017
Tabela 4	Número absoluto de casos de indeferimento do benefício de redução do tempo para aposentadoria regido pela LC 142 no ano 2017
Tabela 5	IFBrM (criança/jovem) Número de atividades por domínio segundo a faixa etária

FIGURAS

Figura 1	Representação social/cultural face à deficiência ao longo da história
Figura 2	Modelo Médico da Deficiência
Figura 3	Modelo de entendimento da funcionalidade humana da CIF
Figura 4	Fluxograma instrumental de avaliação das necessidades e compensações no âmbito das MDPH
Figura 5	Critérios de elegibilidade para os apoios e benefício na França
Figura 6	Elegibilidades que dependem da “Escala – Guia”
Figura 7	População com deficiência por escalão etário e sexo vivendo na Espanha
Figura 8	Percentagens de incapacidade para acesso a benefícios sociais e apoios públicos na Espanha

INTRODUÇÃO

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, bem como a ratificação do seu Protocolo facultativo, vem trazer aos signatários deste importante documento de direito internacional um compromisso acrescido no que concerne ao desenvolvimento de políticas e medidas promotoras dos direitos humanos e da inclusão das pessoas das pessoas com deficiência na sociedade.

A este propósito, inscreve-se igualmente como um importante desafio, a reformulação e adaptação ao paradigma biopsicossocial e aos princípios da Convenção dos modelos e instrumentos de avaliação da deficiência nos diversos países que subscreveram o documento.

Reconhecendo a relevância da questão em termos de direitos humanos e sociais, o Brasil, em diálogo com as organizações sociedade civil, iniciou um processo dinâmico de elaboração um novo instrumento de avaliação da deficiência, capaz, não só, de responder de forma eficaz aos desafios do modelo biopsicossocial, mas também de garantir uma maior equidade na elegibilidade aos apoios em termos de políticas públicas. Assim, o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), utilizado no âmbito da Previdência Social, surge como “ponto de partida” para o desafio proposto.

O trabalho que se apresenta inscreve-se no quadro do projeto: “Experiências da União Europeia e Brasil na Construção de Sistemas de Avaliação da Deficiência”, o qual tem por objetivo a troca de experiências sobre modelos e instrumentos de avaliação da deficiência no Brasil e na Europa.

“O (...) projeto visa fortalecer o diálogo setorial no âmbito da promoção dos direitos das pessoas com deficiência, especialmente no reconhecimento desse público vulnerável, na parceria entre Brasil e União Europeia. O projeto tem como objetivo trocar experiências sobre instrumentos de avaliação da deficiência, conhecer os sistemas de avaliação de deficiência da França e Espanha, sua concepção em relação ao território, sistemas de informação sobre deficiência, equipamentos públicos e equipes de avaliadores, financiamento, entre outros, a fim de contribuir tecnicamente com a implantação de sistemas de avaliação da deficiência nos países envolvidos” (Ministério Direitos Humanos – Brasil)¹.

1. In Termo de Referência do Projeto.

O presente estudo, visa, não só contribuir para aprofundar o conhecimento sobre as experiências da França e da Espanha na avaliação da deficiência no que diz respeito à transição para um sistema de avaliação mais próximo dos paradigmas introduzidos pelo modelo biopsicossocial e pela Convenção, comparando-a com o caminho trilhado pelo Brasil, como também, pela via das apresentações levadas a efeito no seminário internacional de Brasília em outubro de 2018, dar a conhecer outras experiências neste domínio, desenvolvidas pelos países europeus e da América Latina que participaram no evento.

O Relatório estrutura-se em 6 componentes principais: i) Enquadramento teórico; ii) As políticas públicas e os modelos de avaliação da deficiência na França; iii) As políticas públicas e os modelos de avaliação da deficiência na Espanha; iv) As políticas públicas e os modelos de avaliação da deficiência no Brasil; v) A Avaliação da deficiência na Europa e na América Latina (perspectiva comparada), e vi) Notas finais.

O teor do trabalho aqui desenvolvido, fundamenta-se, por um lado, em pesquisa e revisão da literatura e por outro, na análise da informação obtida nas reuniões presenciais mantidas com diversos organismos públicos e privados da França e da Espanha,² bem como nas notas do autor sobre cada uma das comunicações apresentadas no Seminário internacional de Brasília.³

No final do capítulo v), e tendo por base toda a informação obtida ao longo do projeto, elaborou-se um quadro síntese, comparativo dos modelos e características da avaliação da deficiência em todos os países estudados. Também estará presente uma comparação mais aprofundada entre os sistemas de avaliação brasileiro, espanhol e francês.

Os autores reconhecem como muito meritório o esforço e trabalho desenvolvido pelo Brasil no que concerne ao desenvolvimento e implementação de um “Modelo Único de Valoração e Classificação da Deficiência”, à luz dos paradigmas atuais dos direitos humanos e da Convenção. .

2. No âmbito das missões realizadas em maio de 2018 ano a nesses países.

3. Evento realizado em Brasília, de 29 a 31 de outubro, de 2018.



LIVE

WORK,

CREATE.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

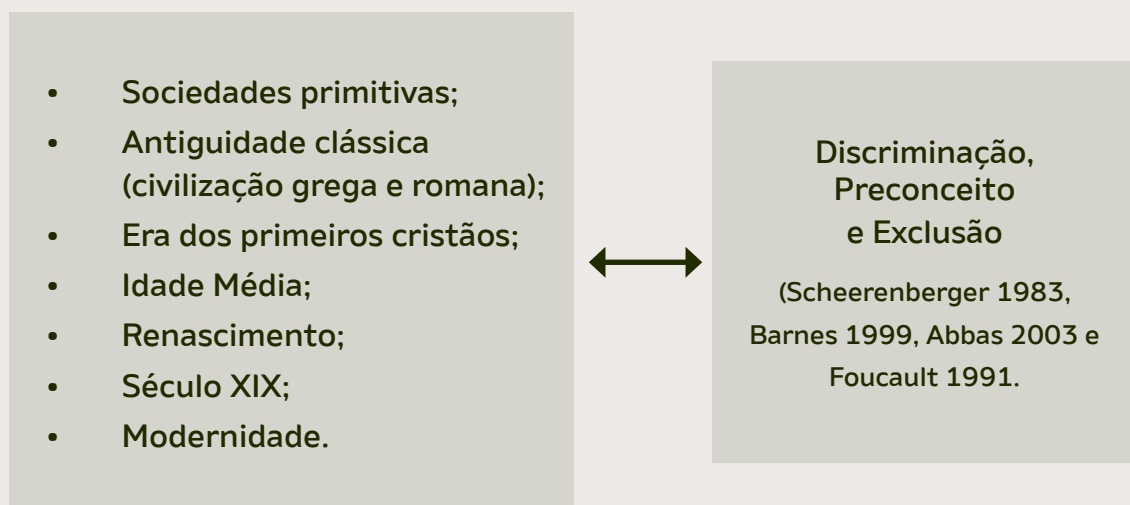
1.1 As construções sociais e valorativas na deficiência

“A deficiência não tem nada a ver com o corpo, mas tudo a ver com a sociedade” (Oliver, 1996:35)

Ao longo da História, as pessoas com deficiência têm sido objeto de discriminação, preconceito e de exclusão, independentemente da latitude ou longitude geográfica que caracteriza os povos e as sociedades (Veiga, 2006; Barnes, 1999; Bianchetti, 1998).

Este lastro, este percurso de preconceito e de exclusão relativamente às pessoas com deficiência, que se mantém desde a Antiguidade, é produtor de iniquidades e desigualdades intoleráveis, nomeadamente, ao nível do exercício dos mais elementares direitos humanos, sociais, cívicos e políticos dos cidadãos e das cidadãs com deficiência (Veiga, 2006; Sousa et al, 2007).

Figura 1 – Representação social/cultural face à deficiência ao longo da história



Fonte: Nogueira (2013)

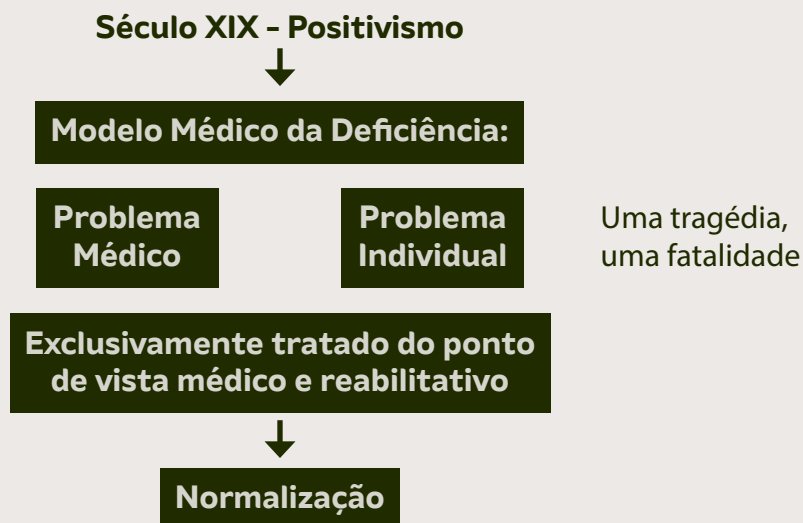
A estigmatização, segregação, aliadas à perspectiva paternalista e assistencialista em relação às pessoas com deficiência ir-se-á perpetuar, desde os primórdios das sociedades humanas até aos dias de hoje (Figura 1).

Até ao Século XIX, a deficiência era encarada como uma maldição, como resultado do “pecado”, do próprio ou dos seus pais, enfim, como um drama pessoal e social, que impelia a sociedade a agir de duas formas distintas: ou a proteger, de forma caritativa e segregadora, ou a punir, quer pelo enclausuramento ou pela simples aniquilação física. Qualquer uma das duas formas de visão e atuação das sociedades perante a deficiência era excludente e discriminatória.

No século XIX, com a emergência do positivismo, a deficiência passa a ser encarada como objeto científico. A deficiência não deixa de ser um problema, uma tragédia estritamente pessoal, mas começa a existir uma procura pela “cura”, do ponto de vista médico e reabilitativo. A resolução ou não desse problema e conseqüente reabilitação estaria inteiramente a cargo dos médicos e de outros profissionais de saúde. Esta abordagem ficou conhecida como “Modelo médico da deficiência” (Figura 2). Não que as intenções de tratamento de deformidades físicas não ocorressem previamente, pois as mesmas são documentadas largamente ao longo da história da medicina, mas neste momento surgem intensões de sistematização desses tipos de cuidados.

Nesta época, um pouco por toda a Europa e para as deficiências consideradas curáveis ou pelo menos tratáveis, são criadas escolas especiais para cegos e surdos, onde o ensino do Braille, para os cegos, e da língua gestual ou de sinais, para os surdos começa a ser uma aposta das sociedades. Paralelamente, no sentido de reabilitar as pessoas com deficiência motora ou outras deficiências físicas, investe-se igualmente nas “ajudas técnicas”, como bengalas, muletas, cadeiras de rodas, próteses etc. Por outro lado, as pessoas com deficiência intelectual, do desenvolvimento ou autismo, bem como outras deficiências mais incapacitantes ou múltiplas são consideradas como “não tratáveis”, “incuráveis”, ou “irrecuperáveis” para a sociedade, continuando a ser institucionalizadas em larga escala, pois o seu contato com os demais cidadãos era considerado desnecessário, impróprio ou absolutamente nefasto. Pela primeira vez tentou-se assim “normalizar” as pessoas com deficiência, mas só aquelas que se poderiam “curar” (Bianchetti, 1998; Foucault, 1991; Scheerenberger, 1983).

Figura 2 – Modelo médico da deficiência



Fonte: Nogueira (2013)

Com o final da Segunda Grande Guerra e nascimento dos Estado-providência, em alguns países europeus, começam a ser concedidos alguns direitos sociais e civis às pessoas com deficiência, contudo a lógica que preside aos benefícios é puramente subsídio-dependente e assistencialista. A grande maioria das pessoas com deficiência continua a ser excluída de igualdade de oportunidades no que respeita ao acesso à escolaridade e de um emprego na sociedade. Estas práticas perpetuaram a condição e cultura de dependência nesta população, fato que contribuiu para a reprodução da sua vulnerabilidade e exclusão social (Salvado, 2008).

O final dos anos 60 do século XX marca o início da mudança de paradigma no que concerne à abordagem sobre o papel das pessoas com deficiência na sociedade. Desta forma, por esta altura irrompem, numa primeira fase no Estados Unidos e posteriormente um pouco por toda a Europa, movimentos sociais de autorrepresentação das pessoas com deficiência que visam romper com a denominada visão do “Modelo médico da deficiência”. Paralelamente, numa primeira fase a Organização Nações Unidas (ONU), por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, mais tarde, de alguns países europeus, começam progressivamente a produzir documentos que enfocam a deficiência não tanto como um atributo da pessoa, mas como o resultado

da relação entre a pessoa e o ambiente social em que está inserida, incluindo as construções socioculturais produtoras da discriminação e do preconceito.

O denominado “Modelo social da deficiência” nasce no Reino Unido, enquanto reação ao modelo médico, defendendo a teoria de que a deficiência não deve ser conceitualizada e compreendida enquanto fenômeno e problema individual, mas sim como um problema de toda a sociedade. O Modelo social transfere para a sociedade a responsabilidade pela desvantagem em que se encontram as pessoas com deficiência. Para os teóricos deste modelo, a sociedade foi sempre incapaz e incompetente para ajustar-se à diversidade humana e incluir todos os seus membros (Oliver, 1990).

“O paradigma médico-funcional, o mais antigo, considera a deficiência como resultado de uma patologia individual, enquanto o outro, mais recente, a considera como resultante de uma patologia social.” Veiga (2006:202)

No âmbito do modelo social, as alterações ao nível de uma função ou estrutura do corpo que a pessoa possa ter não são entendidas necessariamente como uma desvantagem ou incapacidade da pessoa, mas apenas como um atributo próprio; essa desvantagem é passada para o terreno da organização social e política. Neste domínio, a alteração nas estruturas ou funções do corpo deve ser encarada apenas como mais uma característica da pessoa, tal como o sexo ou a sua cor da pele, ao passo que a deficiência é o resultado da discriminação e exclusão de que é alvo a pessoa, pelo fato da sociedade não se encontrar preparada e organizada para incluí-la.

A progressiva implementação do Modelo social conduziu a uma ampliação do foco das políticas públicas para além da componente individual, no sentido de adaptar o meio envolvente às características deste grupo, passando a contemplar os obstáculos e as barreiras sociais que emergem na interação dos indivíduos com o seu meio circundante. A participação de todos os cidadãos e cidadãs, independentemente do seu grau de incapacidade ou funcionalidade, nas mais diversas esferas da sociedade passa agora a ser uma questão de direitos humanos e de igualdade de oportunidades.

No âmbito das políticas, os diversos governos são agora instados a apostar em medidas que promovam a ampliação dos direitos de cidadania das pessoas

com deficiência e da sua participação na sociedade. Paralelamente, legislam-se medidas de combate à exclusão, com especial enfoque na promoção da escolaridade, capacitação, habilitação e do emprego das pessoas com deficiência, enquanto aposta sólida de inclusão. Esta abordagem implica que as diversas estruturas regulares da comunidade se adaptem para responder às necessidades específicas de todas as pessoas, incluindo as pessoas com deficiência, sendo para tal essencial a remoção todas as barreiras, físicas, sociais, culturais e políticas que impeçam a inclusão da diversidade humana.

Embora teoricamente concebido a partir dos anos 1960, a abordagem do Modelo social da deficiência só começou a conhecer os primeiros avanços do ponto de vista das políticas públicas nos anos 1980. Não obstante o vasto caminho percorrido, o desiderato da inclusão das pessoas com deficiência na sociedade em igualdade de condição e de oportunidades com as demais não se encontra ainda plenamente realizado em nenhum país do mundo.

Um terceiro modelo que visa sintetizar os dois anteriores, nomeadamente, os modelos médico e social, pode ser citado como “relacional”, embora seja mais conhecido como “biopsicossocial”, está presente na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). No âmbito do “Modelo biopsicossocial” a pessoa com deficiência faz parte de um todo sistêmico e multidimensional, que inclui não só os aspectos físicos dos seu corpo, íntegros ou deficientes, como também a sua interação com o ambiente e contexto social, além de aspectos psicológicos como por exemplo os recursos de enfrentamento das dificuldades. O problema passa a estar também na sociedade, sem deixar de levar em conta as características da pessoa

Em síntese, o Modelo biopsicossocial da deficiência, operacionalizado através da CIF leva em consideração a pessoa e a sua interação com o ambiente e a sociedade, assim a avaliação da sua incapacidade e da sua funcionalidade dependerá necessariamente do cruzamento e da relação entre todos estes fatores (Quadro 1).

“A reabilitação não passa apenas pela intervenção junto das pessoas vítimas da discriminação de modo a aumentar-lhes as capacidades, nem tão-só pela eliminação de barreiras e pela modificação das

estruturas, ambientes e serviços sociais, mas pela afirmação do princípio da universalidade dos direitos, o que implica o empowerment das pessoas, por um lado, e que as instituições se transformem no sentido de se tornarem acessíveis a todos os cidadãos, promovendo a igualdade de oportunidades, por outro lado (...). O problema não é nem apenas das pessoas, nem só da sociedade e das políticas, mas de ambos e da sua relação” (Capucha, 2010:40).

Quadro 1 – Modelo médico versus modelo social

	Modelo Médico	Modelo Social
Problema	Incapacidade / dependência das pessoas	Inadequação dos contextos às pessoas
Origem	Nas pessoas	Na sociedade
Foco	Na pessoa, nas suas limitações	Relação pessoa / contexto, nas barreiras sociais
Objetivo	Reabilitar, curar, tratar	Habilitar, eliminar barreiras / promover a compatibilidade
Perspectivas	Necessidades especiais, serviços especializados	De apoio, baseados na comunidade
Poder, controle	Profissionais	Clientes
Cultura	Incapacidade, manutenção e reforço da deficiência	Reconhecimento e inclusão da diversidade
Objetivos das políticas	Compensar os indivíduos pelas suas incapacidades, aliviar as situações	Promover direitos, prover recursos e competências para identificar e eliminar barreiras profissionais e sociais
Foco das políticas	Nos indivíduos, nas pessoas com deficiência	No grupo social, na população global
Responsabilidade	Política social, provisão de bem-estar	Políticas transversais e políticas sociais ativas

Fonte: Sousa et al (2007:31)

1.2 A Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Recentrando a deficiência como uma questão de toda a sociedade e de direitos humanos, a Assembleia-Geral das Nações Unidas, adotou, em 13 de dezembro de 2006, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como um Protocolo adicional, de caráter facultativo. A aprovação desta Convenção, consubstancia um fato histórico no reconhecimento, garantia e promoção dos direitos humanos dos cidadãos com deficiência. Mais do que instituir novos direitos, a Convenção vem afirmar a necessidade imperativa que garantir todos os direitos humanos, de cidadania e de participação a todas as pessoas, incluindo às pessoas com deficiência.

“Os direitos humanos não se discutem, os direitos humanos, cumprem-se.” Esta é a grande máxima que a Convenção vem trazer, instar todos os Estados e a comunidade internacional a cumprir os princípios e o articulado deste importante documento, bem como, através da produção de legislação geral e específica e de meios e fiscalização adequados, garantir efetivamente o respeito pela integridade, dignidade e liberdade individual das pessoas com deficiência. As pessoas com deficiência são cidadãos como os demais, com direitos e deveres, como os demais pelo que não poderão continuar a viver à margem da sociedade em trajetos de vida paralelos ou invisíveis.

Para além do incentivo à criação de medidas que promovam a escola inclusiva, a inclusão pelo emprego e na formação profissional, o acesso a tratamentos de saúde e de reabilitação de qualidade, o empoderamento, autorrepresentação e autodeterminação pela vida independente, a Convenção vem ainda reforçar a necessidade de, através de programas e políticas públicas, combater a discriminação e a exclusão destas pessoas. Alguns países, não só a ratificaram como ainda assinaram o Protocolo facultativo, o que implica na sujeição desses Estados a uma monitorização e fiscalização internacional quanto ao seu cumprimento, estando prevista a possibilidade de sanções em casos de descumprimentos graves. Com a sua adoção, institucionalizou-se ao nível do direito internacional, de forma abrangente e consensual, esta nova abordagem à deficiência na ótica dos direitos humanos e da inclusão. Neste âmbito, institucionalizou-se igualmente a mudança ao nível do conceito de “pessoa com deficiência” (PcD), tendo sido, de uma vez por todas, afastada a

abordagem biomédica e introduzida a biopsicossocial. Desta forma, no âmbito da Convenção: “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” (Decreto nº 6.949/2009). Como atrás se referiu, o foco deixa de residir nos atributos e na condição da pessoa (impedimento), mas na deficiência, pois esta poderá ou não limitar a autonomia, vida independente e exercício da cidadania da pessoa.

A questão central a responder no âmbito das políticas públicas passa pela identificação dos apoios necessários, para que, cada pessoa, individualmente, possa viver com dignidade, qualidade de vida, exercendo os seus direitos e deveres sociais, cívicos e políticos em igualdade de oportunidades e de condição com os demais cidadãos. Ao nível da classificação da deficiência, o articulado da Convenção é explícito ao declarar que os Estados devem (...) “Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência” (Idem). Ora, partindo deste entendimento, a manutenção de classificações e de avaliações da deficiência tendo por base escalas e instrumentos estritamente biomédicos são contrários aos princípios dos direitos humanos nela consolidados.

1.3 Uma breve abordagem à classificação da deficiência: da CID à CIF

Em termos conceptuais e jurídicos, a definição de “deficiência”, ou “de pessoa com deficiência”, nunca foi consensual ao longo dos tempos. Os conceitos de deficiência são genuínos constructos sociopolíticos, formulando-se e reformulando-se à luz dos modelos ideológicos de referência. Esses conceitos refletem assim e operacionalizam abordagens e modelos de ação, ao mesmo tempo que suportam estratégias e medidas de política.

Avaliar é um ato técnico por excelência, em qualquer contexto, todavia não um ato neutro, despidido de sentido e de eficácia, desligado dos pressupostos em que se apoia e das consequências que dele decorrem. Os conceitos de

deficiência e incapacidade, pela sua própria natureza, enquanto estruturas conceptuais de modelação humana, são genuinamente construções sociais, próprias de cada tempo e circunstância, refletindo o modo como as pessoas em causa são valorizadas e consideradas pelas sociedades e pelos seus modelos de política. Como se referiu, a deficiência e incapacidade não existem como realidades absolutas e universais, com modelos de política associados pré-definidos e imperativos. Refletem a perspectiva e a vontade humana, são passíveis de diferentes abordagens e de ação política.

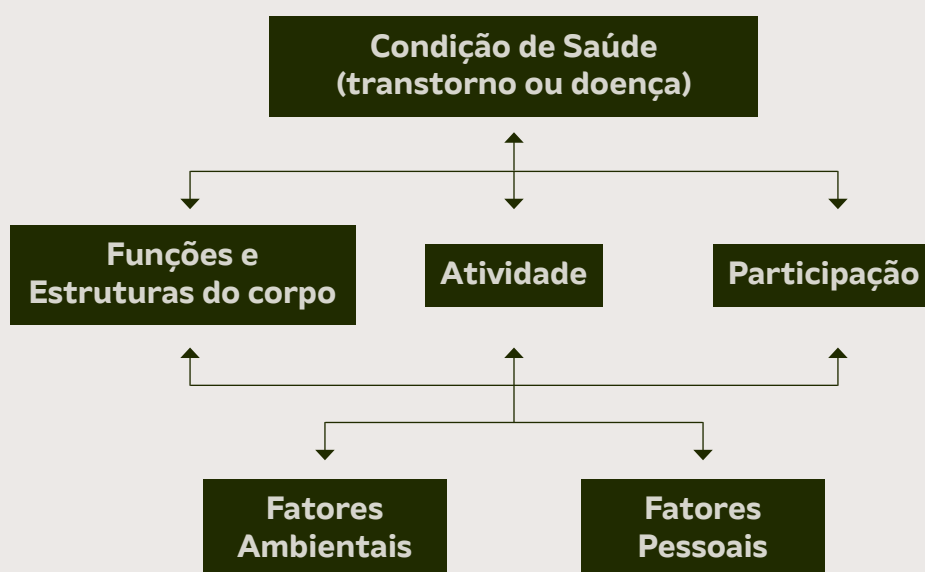
No âmbito das classificações da OMS, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) foi publicada em 1981 e resultou do desenvolvimento de uma lista complementar à Classificação Internacional de Doenças (CID), originalmente desenvolvida em 1976. A publicação da CID 10 em 1989 trouxe consigo o seu capítulo XVIII no qual estão as categorias codificadas com a letra R, correspondentes aos sintomas, sinais clínicos e manifestações da deficiência, como por exemplo as limitações à movimentação e marcha. No ano de 2001 a OMS publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), consolidando o modelo biopsicossocial e estruturando um sistema de classificação da funcionalidade no qual aspectos ligados ao corpo e à realização de atividades e participações estão de um lado, enquanto de outro lado, mas intimamente correlacionados, estão os fatores de contexto, pessoais e ambientais. A partir da CIF torna-se possível descrever os aspectos neutros, não afetados pela deficiência, em simultaneidade com a enumeração das limitações nas atividades e restrições na participação social (Gonçalves & Nogueira, 2013) (Figura 3). Adianta-se assim uma definição operacional em que as pessoas com deficiência ou incapacidade detêm:

“[...] limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou em vários domínios de vida, decorrentes da interação entre as alterações funcionais e estruturais de carácter permanente e os contextos envolventes, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social, dando lugar à mobilização de serviços e recursos para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial” (Sousa et al, 2007: 53).

Contornando a questão discriminatória e estigmatizante que representa o problema da “rotulagem”, a CIF introduz aquilo que podemos apelidar por uma classificação universal de funcionalidade humana que, além da interação

da pessoa com os fatores ambientais (barreiras ou facilitadores), depende igualmente das suas estruturas e funções do corpo. Tal determina as suas capacidades e funcionalidade e não apenas as suas incapacidades. A pessoa passa a ser considerada num todo complexo e sistêmico que integra fatores os biológicos e sociais, bem como a interação entre ambos. Esta classificação não se propõe a tipificar os indivíduos, mas somente a sua funcionalidade e os aspectos que exercem algum papel sobre o resultado final da experiência de vida funcional.

Figura 3 – Modelo de entendimento da funcionalidade humana da CIF



O conceito de “deficiência” mais atual, que emerge da CIF e da Convenção, remete assim para esta interseção entre as dimensões da incapacidade, da funcionalidade e das barreiras ou facilitadores à participação, existentes nos variados contextos em que a pessoa se encontra inserida. Vejamos um exemplo de como o contexto pode ser determinante na participação e qualidade de vida da pessoa: um indivíduo em cadeira de rodas terá uma funcionalidade necessariamente diferente se viver num prédio com elevador, uma entrada acessível e numa cidade com transportes acessíveis e sem barreiras arquitetônicas, do que se viver prédio sem acessibilidade ou numa zona urbana ou rural sem transportes adaptados às suas necessidades.

Do ponto de vista específico da avaliação da deficiência para políticas públicas, que justificam este texto, a mudança de modelo referencial implica em readequação do processo pericial. Se no modelo médico, o que importa é o corpo e há a pressuposição de que as doenças são determinantes das consequências sobre a funcionalidade, bastam diagnósticos nosológicos e exames físicos. Algumas políticas públicas ou mesmo de órgãos privados, como seguradoras e empresas, embasam-se em laudos médicos nos quais o diagnóstico, codificado pela CID, é o que importa. Surgem distorções nas quais o indivíduo com a doença 'correta' recebe o benefício pleiteado, mesmo que esteja funcionalmente bem, enquanto outra pessoa, com limitações funcionais determinadas por doenças que não estejam apropriadamente elencadas nesse rol podem ficar inelegíveis para os apoios necessários. A mudança para o modelo biopsicossocial passa a exigir um sistema de avaliação que além da condição de saúde, ou seja, o diagnóstico médico, também contemple um exame da realização de atividades e participações, além da consideração quanto ao ambiente, tecnologia e recursos de apoios disponíveis e aspectos psicológicos.

1.4 O que deve ser abordado na avaliação da funcionalidade das pessoas?

Para garantir que as pessoas com deficiência possam atingir o melhor nível de saúde e gozar de igualdade de direitos ou condições para chegar aos seus objetivos é de importância ímpar que sejam desenvolvidas ferramentas práticas que fortaleçam a coleta de dados relevantes e comparáveis em nível internacional (Ustum 2004). Isso dará suporte à implementação de políticas públicas baseadas em evidências e decisões fundamentadas em informação precisa. A CIF oferece uma estrutura com terminologia padronizada e aceita internacionalmente que permite a descrição das situações de incapacidade. A CIF sistematiza as funções e estruturas do corpo e permite aliá-las à enumeração das atividades e participações com problemas ou não, contextualizando a funcionalidade da pessoa com relação a características pessoais e ambientais.

O modelo conceitual da CIF está presente tanto no Relatório Internacional da Deficiência como no Plano de Ação Global para a Deficiência da Organização

Mundial de Saúde e é a referência para coleta de dados com intenção de monitorização da implementação da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Figura 3).

A principal dificuldade relacionada ao uso sistemático da CIF para coleta de dados sobre a funcionalidade das pessoas para finalidade clínica ou populacional está relacionada à amplitude da sua cobertura pelos mais diversos aspectos da funcionalidade. Há uma evidente dificuldade de padronização de coleta de informações, uma vez que a descrição de suas categorias e qualificadores permite múltiplas interpretações. Desta forma, são necessários instrumentos práticos e reprodutíveis, baseados na CIF, que atendam às necessidades dos usuários e permitam a coleta de dados para elaboração de relatórios e estatísticas públicas confiáveis e com significado claro (Riberto 2011).

Num momento inicial, tais instrumentos foram representados exclusivamente pelos chamados “*core sets*” da CIF. Os “*core sets*” são listas de categorias da CIF que descrevem aspectos típicos da funcionalidade das pessoas com uma determinada condição de saúde. Quando descrevem exaustivamente a funcionalidade de uma pessoa com uma condição de saúde, são chamados ‘abrangente’ e devem ser aplicados por uma equipe multiprofissional. Por outro lado, alguns “*core sets*” servem para uso clínico e podem ser aplicados por apenas um profissional, pois contém uma quantidade mínima de categorias, sendo chamados ‘resumidos’. Para a elaboração dos “*core sets*” da CIF foi utilizado um processo de coleta de evidências a partir da literatura, opinião das pessoas com deficiência, experiências dos profissionais de saúde e conferências de consenso. Esse processo sofreu aperfeiçoamento ao longo dos anos passando a incluir tanto profissionais com formação mais diversificada como um equilíbrio de representatividade das várias regiões do mundo.

Para alguns autores, os “*core sets*” podem ser entendidos como listas resumidas da CIF e a principal crítica relacionada é que, por serem restritos a certas condições de saúde, eles voltariam ao modelo biomédico, vigente no século XX e anterior à publicação da CIF. Na verdade, essa crítica não é uma contradição, uma vez que o próprio modelo da CIF parte de uma condição de saúde. Além disso, os “*core sets*” destacam os aspectos da funcionalidade que muitas vezes nenhum outro instrumento clínico oferece na avaliação da funcionalidade de pessoas com condições de saúde específicas.

Outro aspecto único dos “*core sets*” da CIF é a menção sistemática de fatores ambientais, de uma forma que não se observa na prática clínica habitual. Por fim, é necessário destacar que a recomendação de uso dos “*core sets*” não exclui a possibilidade de o avaliador incluir aspectos ou categorias que não fazem parte da lista predefinida, se eles forem relevantes para o indivíduo avaliado.

Alternativamente ao uso dos “*core sets*” propôs-se a utilização livre da CIF, na qual o avaliador, a partir de entrevistas, informações de prontuários clínicos, observação direta ou qualquer outra forma de coleta de dados, seleciona os aspectos relevantes para descrever a funcionalidade da pessoa. Essa forma de utilização da CIF parece mais fiel ao seu modelo biopsicossocial original, mas em geral só seleciona as categorias em que se observa algum problema, ressaltando apenas os aspectos negativos da funcionalidade, e não esclarece aqueles que mostram a capacidade efetiva da pessoa, a despeito de suas deficiências de funções ou estruturas do corpo. As listas resumidas baseadas na CIF, por sua vez, exigem a coleta sistemática da informação a respeito de categorias que podem estar comprometidas ou não. Desta forma, quando são aplicadas a um contingente de pessoas, elas podem informar quais são os problemas mais frequentes nas funções, estruturas, atividades e participações, além de informar quais desses aspectos não deve ser considerado um problema, por afetar frações menores do grupo em estudo. Novamente, deve-se destacar o uso da CIF que se propõe neste texto é o de instrumento que subsidie a tomada de decisões informadas em âmbito coletivo.

As práticas de avaliação funcional consideram as variações populacionais na cognição, comunicação, habilidades sensoriais (visão, audição) e motricidade como um passo inicial da avaliação da funcionalidade, avaliando em seguida suas repercussões sobre a realização de atividades, ações e tarefas, mesmo aquelas que não envolvam atos motores, mas tão somente a cognição para resolver um problema ou a capacidade de desfrutar sensorialmente de estímulos variados. Adiante, discutiremos o papel de fatores de contexto sobre a avaliação da funcionalidade.

A avaliação funcional muda o foco da atenção sobre o estado de integridade do corpo, ou seja, as alterações das funções fisiológicas e partes anatômicas, para o impacto que a condição de saúde tem sobre a funcionalidade. Assim,

esta avaliação empenha-se em visualizar com clareza como o estado de saúde impõe limitações de capacidade e restrições para a participação de uma pessoa decorrentes de fatores pessoais e ambientais, incluindo seu ambiente físico e circunstâncias sociais. Também é preciso considerar os aspectos neutros da funcionalidade, ou seja, aqueles que não foram comprometidos pelas deficiências ou pelo ambiente e fatores pessoais, pois a sua preservação ou a possibilidade de desenvolvimento dessas habilidades determina em parte a possibilidade de aquisição de autonomia pelo indivíduo com deficiência.

A OMS lista vários domínios de atividade e participação em sua Lista de Verificação para a CIF que deve ser considerada nas avaliações funcionais (Quadro 2).

Quadro 2 – Domínios de avaliação da funcionalidade

Domínio	Habilidades
Aprendizagem e aplicação do conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> . Observar . Ouvir . Ler . Escrever . Aritmética . Resolução de problemas
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> . Receber e produzir mensagem orais . Receber e produzir mensagens não-verbais . Conversação
Vida doméstica e mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> . Fazer compras . Preparar refeições . Autocuidado e higiene . Tarefas domésticas . Uso de transporte . Tarefas de baixo demanda energética (degraus e andar curtas distâncias)
Relações interpessoais e relacionamentos	<ul style="list-style-type: none"> . Estabelecer e manter relações íntimas . Estabelecer e manter relações sociais com a família e amigos . Relacionar-se com estranhos

A busca pela definição de conjuntos mínimos de aspectos a serem avaliados na funcionalidade é uma questão ainda em aberto, apesar de grupos acadêmicos terem proposto listas resumidas com base na CIF para o contexto geral e especificamente para o processo de reabilitação (Cieza 2014). Essas listas objetivam padronizar os aspectos a serem avaliados na funcionalidade das pessoas de forma a obter a melhor capacidade de diferenciação e acompanhamento de mudanças, pela reabilitação ou outras medidas, com o menor número de questões. Todavia, o processo de desenvolvimento dessas listas é visto com críticas severas por basear-se em dados clínicos prioritariamente de países com maior desenvolvimento social e econômico, na sua maioria ocidentais e relacionados à população atendida em serviços de saúde, adulta e com mobilidade. Mesmo seus autores acreditam que se tivessem usado dados da funcionalidade de pessoas institucionalizadas, crianças e de países com condições socioculturais diferentes, os resultados certamente incluiriam outras categorias da CIF (Prodingler 2016).

Pesquisas sobre a funcionalidade são fontes diretas de informações sobre deficiência e têm a importante tarefa de oferecer não apenas estatísticas sobre esse assunto, mas também de coletar dados abrangentes sobre Fatores ambientais e de contexto. A CIF destaca a importância da inclusão dos fatores ambientais em inquéritos sobre saúde e deficiência, que passaram a ser objetos de um número considerável de pesquisas realizadas desde 2001. No entanto, ainda se observa que os aspectos relativos ao ambiente ainda são desconsiderados e negligenciados em muitos instrumentos de avaliação clínicas, gerencial ou populacionais, havendo questionamento sobre quais fatores ambientais devem ser abordados prioritariamente (Loidl 2016).

Os fatores ambientais são classificados na CIF como os produtos de tecnologia, características do ambiente físico, contatos pessoais, atitudes das pessoas e, finalmente, os fatores institucionais, relacionados a serviços, sistemas e políticas. Assim como nos fatores pessoais, são poucos os instrumentos clínicos e de avaliação epidemiológica que consideram os fatores ambientais, ainda mais de forma quantitativa. Todavia, o entendimento crescente da sua influência é, em parte, decorrente da disseminação do modelo de entendimento da funcionalidade da CIF e seu endosso pela Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

Além dos fatores ambientais, os fatores de contexto também englobam os fatores pessoais, segundo o modelo da CIF (Figura 1). Apesar de não serem descritos ou classificados pela CIF, os fatores pessoais têm participação decisiva na funcionalidade da pessoa. Esses fatores podem estar relacionados a características antropométricas, características físicas, genéticas e raciais, mas também incluem a formação educacional e os recursos psicológicos, como os valores pessoais e crenças, os quais influenciam o entendimento de recomendações terapêuticas e de reabilitação, adesão ao tratamento, atitudes de enfrentamento das dificuldades. São poucos os instrumentos de avaliação funcional que consideram a importância dos fatores pessoais sobre a funcionalidade e mesmo aqueles baseados na CIF relegam essa avaliação à busca qualitativa e considera-os como variáveis qualitativas.

A prática consolidada de avaliação médica da capacidade e da deficiência, fundamentada no modelo biomédico exige a definição de um diagnóstico que justifique as consequências sobre o corpo, ou seja, as deficiências, sobre a capacidade da individualidade de realizar tarefas e desempenhar os papéis esperados. Todavia, para muitos médicos, há um grande desconforto em atestar a funcionalidade ou incapacidade sem a existência de um diagnóstico nosológico, baseando-se exclusivamente na observação de desempenho de tarefas significativas para a pessoa, conforme o contexto envolvido, por exemplo o trabalho, vida social e interação social, participação escolar ou atividades de vida diária (AVD), entre outros (Shiels 2008). Esta é uma barreira de importância substancial na implementação de novas práticas de avaliação pericial, especialmente quando se fundamenta exclusivamente na coleta de informações por profissionais que só compreendam o modelo biomédico de entendimento da funcionalidade.

A experiência cultural baseada no modelo biomédico e no laudo contendo o diagnóstico interfere na forma como outras instâncias da interpretação da funcionalidade, como advogados, juizes, equipe burocrática e legisladores podem estar limitadas na compreensão de novas formas de avaliação da funcionalidade. Tais personagens do sistema judicial ou administrativos podem entender como mais simples e igualmente suficiente a definição de um diagnóstico, ou lista de diagnósticos, que dê acesso a direitos e benefícios, considerando que a avaliação funcional e de contexto complicam sobremaneira as elegibilidades do sistema, por incluírem muitas e novas variáveis.



HOPE

2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA FRANÇA

A França assinou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência bem como o Protocolo Facultativo, tendo os documentos sido ratificados pelo Parlamento francês posteriormente, em 18 de fevereiro de 2010 (Quadro 3).

Quadro 3 - A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com de Deficiência na França

	Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	Protocolo Facultativo
França	A França assinou a Convenção em 30 de março de 2007 e a ratificou em 18 de fevereiro de 2010. Embora ainda sem ter sido ratificada a Convenção foi incluída na Lei 2009-1791 de 31 de dezembro de 2009.	A França assinou o Protocolo facultativo em 23 de setembro de 2008 e ratificou o mesmo em 18 de fevereiro de 2010. A Convenção e o Protocolo entraram em vigor na França em 20 de março de 2010.

De acordo com os últimos dados estatísticos disponíveis, existem atualmente na França cerca de 12 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representa 17,9% da população total (67 milhões).

Na última década, a França procurou apostar em políticas públicas de apoio às pessoas com deficiência que traduzam uma nova orientação, mais próxima do modelo social da deficiência e do paradigma biopsicossocial. Dada a transversalidade setorial com que se confrontam as pessoas com deficiência no seu quotidiano, entendeu-se que as medidas de política deveriam ser implementadas de forma interministerial. Assim, no sentido de coordenar de forma abrangente e interministerial todas as políticas nesta área, foi criada a Secretaria de Estado das Pessoas com Deficiência⁴ que funciona na dependência direta do Gabinete do Primeiro Ministro de França. Em todos Ministérios existem igualmente “pontos focais” para articulação

4. Vide <http://handicap.gouv.fr/>.

com o Gabinete da Secretária de Estado das Pessoas com deficiência, que coordena as políticas interministeriais. A inclusão e a qualidade de vida das pessoas com deficiência na sociedade são objetivos políticos assumidos pelo Governo atual.

Em 2005 a França aprovou uma importante legislação relativa à igualdade de direitos, oportunidades, participação e cidadania das pessoas com deficiência (Lei n.º 2005-102, de 11 de fevereiro - Jornal Oficial de 12/02/2005). A lei, que contempla 101 artigos, dá origem à elaboração de mais de 80 documentos de aplicação. O foco na cidadania, na inclusão e na igualdade de oportunidades das pessoas com deficiência veio alterar substancialmente a abordagem anterior, estritamente baseada em benefícios monetários. Pela primeira assumiu-se que a pessoa com deficiência tem direito a uma compensação pelas consequências da sua condição, independentemente da origem e natureza da sua deficiência, idade ou modo de vida. Essa compensação consiste num apoio personalizado e adequado para satisfazer as suas necessidades de cidadania e participação, seja para acesso a escolaridade obrigatória ou apoio no domicílio, para integração profissional ou outros domínios de necessidade identificados. No âmbito desta legislação, o conceito de pessoa com deficiência é biopsicossocial em consonância com a Convenção. Assim, após 2005, o grande papel das políticas públicas na França passa por compensar as pessoas com deficiência pela sua limitação nas atividades da vida diária e participação social, adotando medidas de apoio à inclusão e a essa participação.

2.1 O papel das Casas Departamentais (MDPH)

“A lei de 11 de fevereiro de 2005 sobre a igualdade de direitos, oportunidades, participação e cidadania das pessoas com deficiência, atribui às equipas multidisciplinares presentes nas Casas Departamentais dos Deficientes (MDPH), a avaliação de necessidades de compensação e desenvolvimento do plano de compensação personalizado para as pessoas com deficiência” (GEVA, 2008).

No total existem 101 Casas Departamentais para Pessoas Deficiência sob a direção dos Conselhos Gerais dos departamentos administrativos da França. Estas casas têm por missão acolher, informar, acompanhar e aconselhar pessoas com deficiência e suas famílias, bem como sensibilizar todos os cidadãos da sociedade para as questões da inclusão e da participação das pessoas com deficiência. Em 2016, cerca de um milhão e setecentas mil pessoas fizeram pedidos de apoio nestas casas.

Cada casa incorpora uma equipe multidisciplinar que avalia as necessidades das pessoas com deficiência com intuito de aferir a elegibilidade dos candidatos para os apoios e benefícios sociais previstos neste domínio, sendo posteriormente elaborado um plano personalizado de apoio, designado “Plano Personalizado de Compensação” – PPC.

As casas departamentais procuram apoiar as pessoas com deficiência em todas as áreas que se venham a identificar como necessárias: acesso à educação, prestações sociais, procura de emprego, apoio no domicílio, atividades de vida diária, procura de uma solução residencial assistida, entre outras. Quando a solicitação é efetuada a uma casa departamental, o requerente normalmente anexa um atestado médico (modelo oficial e uniformizado para todo o país) descrevendo a sua situação clínica e as suas limitações no dia a dia. Em caso da pessoa se encontrar interdita ou inabilitada por tribunal, deve igualmente ser incluído na solicitação o documento comprovativo dessa situação.

As equipes multidisciplinares de avaliação das casas departamentais são compostas essencialmente por médicos, paramédicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. No seguimento da avaliação realizada nas casas departamentais, a equipe desloca-se à residência da pessoa, com intuito de melhor conhecer os seus contextos de vida. Além da identificação das necessidades de apoio, estas equipes determinam, sempre que necessário, as taxas de deficiência permanente, que variam de 0 a 100%. Todavia, tais taxas de incapacidade não se consubstanciam numa única avaliação global da deferência para o acesso ou elegibilidade a um determinado benefício ou apoio social, pois existem apoios como a Prestação de Compensação por Deficiência (PCH) que não requerem a determinação de uma taxa de incapacidade/deficiência. Cada benefício/apoio específico incorpora, desta forma, diferentes condições de acesso/elegibilidade.

A avaliação é sempre desenvolvida com base no pedido da pessoa e no tipo de apoio que a pessoa solicita. Por exemplo, se a pessoa só solicita apoio para integração profissional a entrevista só focará esse tema. Por outro lado, se uma pessoa pede uma prestação específica ou pedido mais global no que concerne aos apoios de que pode beneficiar, o processo de avaliação e de verificação da elegibilidade para os apoios torna-se mais demorado e complexo. Embora se assuma que o ideal seria, sempre, proceder a uma avaliação global em todas as áreas e apoios disponíveis, também se assume que os recursos limitados das casas departamentais e elevado número de requerentes, não o permite fazer de forma sistemática.

O nosso estudo apurou que não existe, atualmente, na França, informação estatística geral e agregada sobre a globalidade das casas departamentais, ou seja, cada estrutura detém a sua informação isoladamente e o seu sistema informático. Contudo, está prevista para breve a centralização da informação dos serviços numa base de dados central.

2.2 O “Guia de avaliação de necessidades de compensação” (GEVA) na avaliação da deficiência

No sentido de estruturar, harmonizar, regular e organizar esse trabalho em termos metodológicos foi criado o “Guia de avaliação de necessidades de compensação para as pessoas com deficiência - GEVA.” O Guia visa estruturar todas as fases do processo de atendimento e avaliação nas casas departamentais. É uma ferramenta metodológica, com vários componentes, concebida para facilitar a análise dos avaliadores em todas as dimensões relevantes para uma determinada pessoa. O GEVA inclui itens de diferentes dimensões, que vão muito além dos critérios de avaliação para acesso a benefícios. Após a avaliação das necessidades de compensação por meio do GEVA, será definido um PPC, que se traduz numa estratégia de intervenção global (apoio no domicílio, apoio médico-social, benefícios, etc.), para atendente de forma ampla e integrada as necessidades identificadas.

O GEVA não tem por função avaliar a deficiência ou o acesso a um determinado benefício, mas apenas as necessidades da pessoa. Com base nas necessidades identificadas no GEVA, somada à análise de outros documentos

complementares tais como a taxa de incapacidade (necessária para o acesso a determinadas prestações) ou o referencial para acesso aos serviços de compensação de ação social - Código de Ação Social e Famílias (CASF- Anexo 2-5), aplicado para acesso à Prestação de Compensação para Pessoas com Deficiência (PCH), é determinada a elegibilidade da pessoa para aceder aos vários benefícios/serviços e são elaboradas as respostas que serão incluídas no Plano Personalizado de Compensação – PPC.

A avaliação das necessidades no âmbito do GEVA baseia-se numa definição de deficiência, que é multidimensional e biopsicossocial, abrangendo todas as necessidades da pessoa, incluindo a sua funcionalidade (atividades de vida diária e instrumentais de vida diária), a participação na vida social, bem como os fatores pessoais e ambientais que atuam como facilitadores ou impedimentos a essas atividades e participação.

No que respeita ao acesso à recente “Prestação de Compensação para Pessoas com Deficiência” (PCH), criada em 2006, como se pode observar pela figura 4, não é requerida qualquer taxa ou grau de incapacidade, fato que não acontece em outros apoios sociais em vigor há mais tempo na França, como o Subsídio para Adultos com Deficiência, o Subsídio de Educação para Crianças com Deficiência, Subsídio a Terceira Pessoa, Cartão de Incapacidade Cartão de Prioridade. A PCH tem um caráter universalista, pois se destina a todas as pessoas com deficiência, independentemente da sua idade ou rendimento e visa coparticipar os custos adicionais, de qualquer tipo, relacionados com a incapacidade da pessoa no seu no dia-a-dia. Os apoios podem ser no âmbito da assistência pessoal, quer seja assistência a ajudas técnicas, adaptação da habitação e de veículos, potenciais custos adicionais resultantes do transporte, etc. Os apoios são conferidos com base nas necessidades e aspirações de cada pessoa com deficiência em particular.

A atribuição da PCH baseia-se assim em critérios de avaliação da capacidade/funcionalidade da pessoa para a realização das tarefas e atividades do dia a dia como levantar-se, andar, vestir-se, alimentar-se, entre outras. As dificuldades constatadas têm que perdurar há mais de um ano. Os critérios encontram-se no Referencial incluído no Código de Ação Social e Famílias. Este Referencial para acesso à PCH avalia as capacidades funcionais da pessoa em dezenove

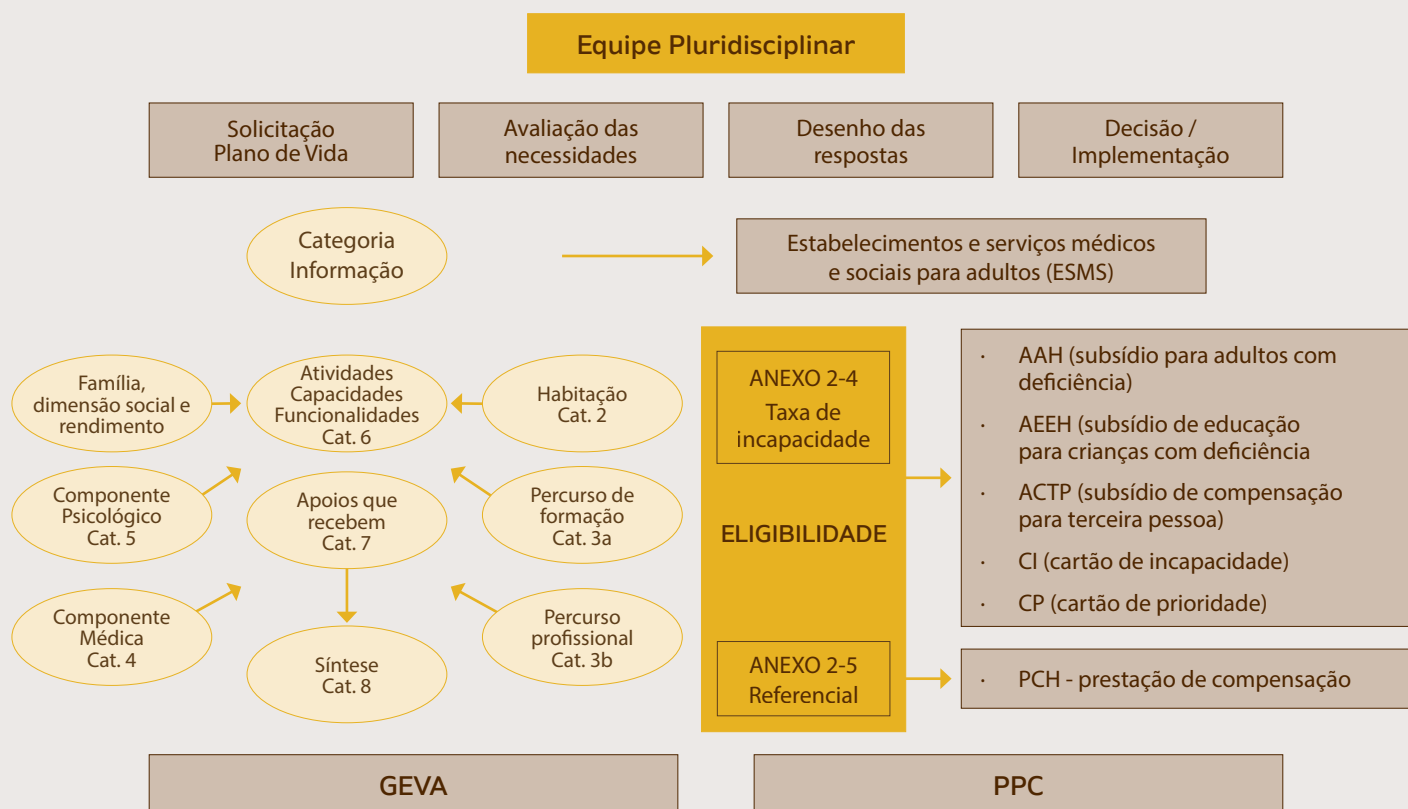
atividades, representando apenas uma pequena parte do componente de avaliação das atividades humanas, nos diferentes domínios de vida, incluídas no GEVA.

A figura 5 explicita, de forma instrumental, o processo de avaliação das necessidades e elaboração do Plano Personalizado de Compensação (PPC) no âmbito das Casas Departamentais. Como se observa na figura 4, quando é solicitado um pedido de apoio numa casa departamental, as suas necessidades são avaliadas de forma multidimensional por uma equipe multidisciplinar. Para facilitar a identificação das necessidades de compensação, o GEVA está estruturado nos seguintes componentes:

- I) Família, situação social e rendimento;
- II) Habitação;
- III) Percurso de formação e percurso profissional;
- IV) Componente médico;
- V) Componente psicológico;
- VI) Atividades, capacidades e funcionalidades (inclui as limitações da atividade, restrições na participação social e barreiras do meio ambiente);
- VII) Apoios que recebe;
- VIII) Síntese das necessidades.

Os oito componentes são avaliados de acordo com um instrumento flexível, que deverá ser preenchido por vários profissionais. No que respeita à categoria vi) o GEVA explora outros 9 domínios da CIF: Tarefas e requisitos gerais, Relação com os outros; Mobilidade, manipulação de objetos; Entrevista pessoal; Comunicação; Vida doméstica e atividades da vida quotidiana; Aplicação dos conhecimentos, aprendizagem em geral; Requisitos relacionados com a escolaridade e formação inicial; e Requisitos para o trabalho. Nem sempre se procede a uma avaliação global das necessidades, mas somente em relação à solicitação feita pelos requerentes. Quer isto dizer que, por vezes, a avaliação pode centrar-se apenas em uma ou duas destas categorias.

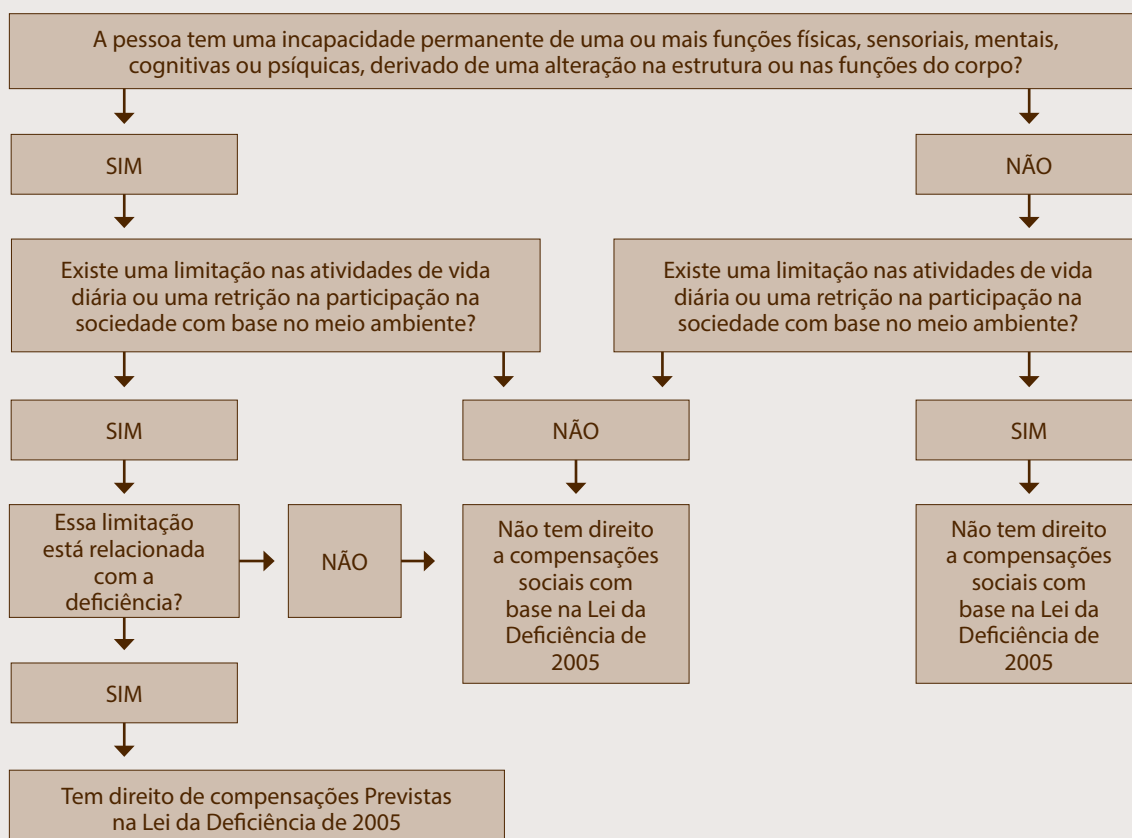
Figura 4 – Fluxograma instrumental de avaliação das necessidades e compensações no âmbito das MDPH



Fonte: CNSA (2013)

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 médica 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. Contudo, para ter acesso aos benefícios, 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. Assim, o sistema francês afasta toda e qualquer avaliação da deficiência apenas com base na natureza médica que origina a incapacidade.

Figura 5 – Critérios de elegibilidade para os apoios e benefícios na França



Fonte: CNSA (2013)

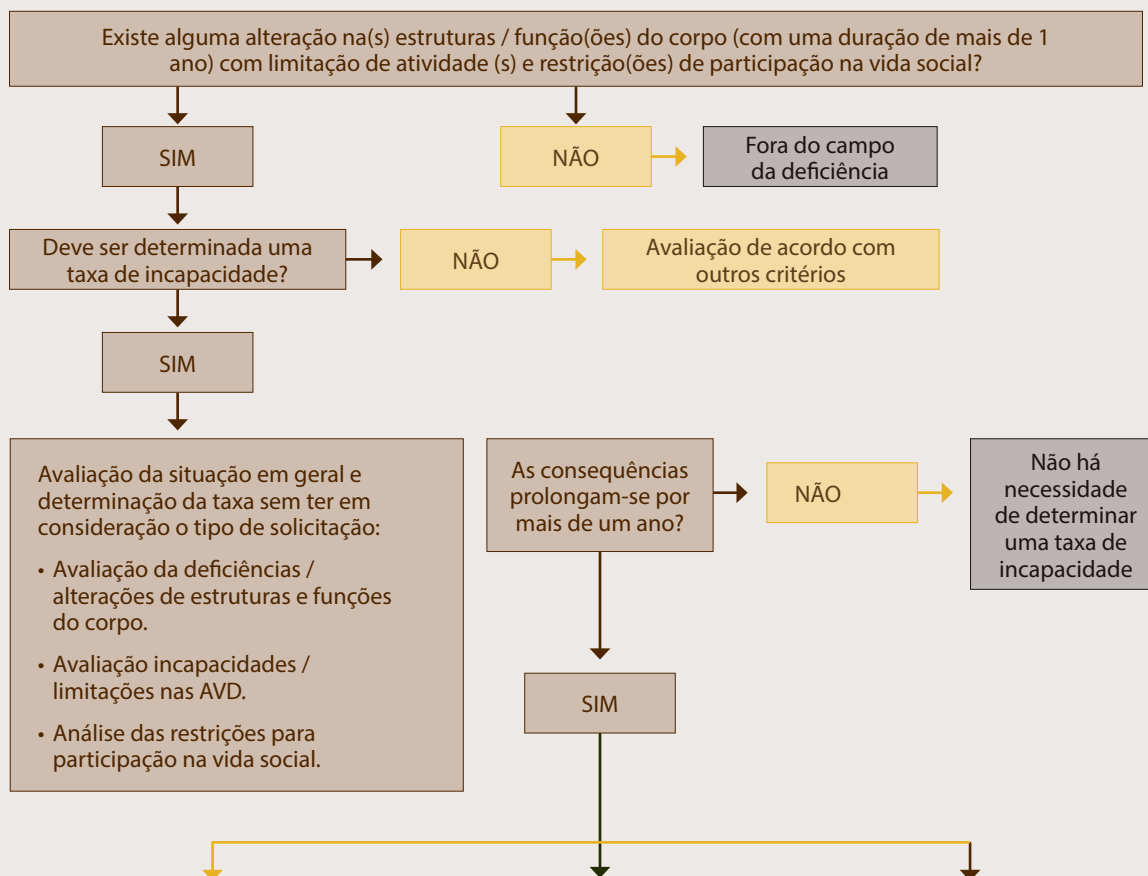
2.3 A “Escala – Guia” enquanto instrumento de avaliação para o acesso a benefícios com base na determinação de uma taxa de incapacidade

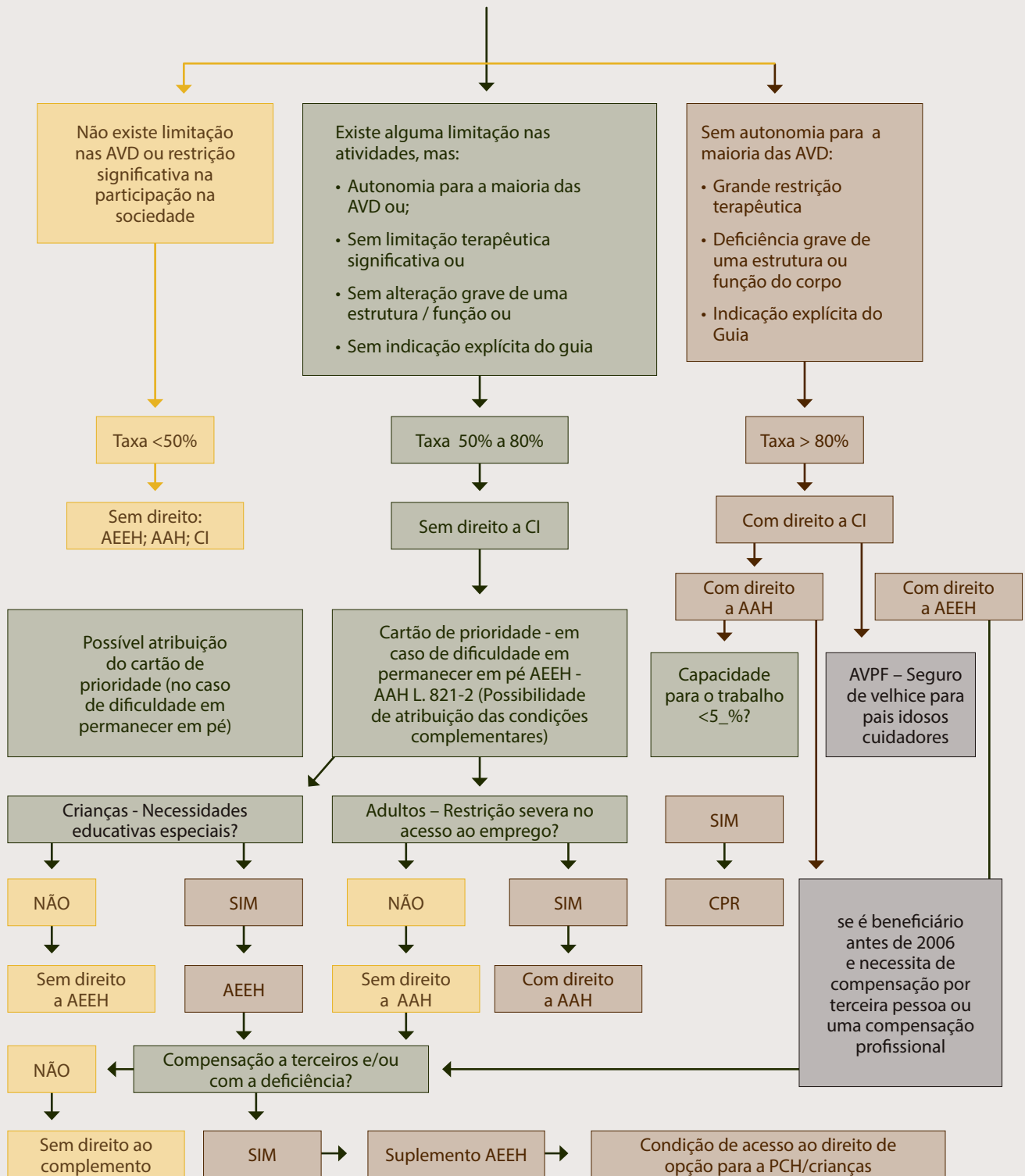
O sistema francês incorpora vários instrumentos de avaliação da deficiência, não existindo uma única ferramenta consolidada para determinar a elegibilidade para todos os direitos e benefícios sociais a que este grupo alvo pode ter acesso. Ainda assim, e para os benefícios que exijam a determinação de uma taxa de incapacidade mínima, a “Escala-guia”, apresenta-se como o

principal instrumento de elegibilidade, representando a “porta de entrada” para o acesso à maioria destes benefícios. A avaliação com base nesta escala é necessariamente complementada com a aplicação de outros instrumentos no âmbito do GEVA, nomeadamente para aferição das necessidades de apoio.

A taxa de incapacidade é atribuída independentemente da idade da pessoa, a partir da análise não só das suas deficiências, como também das consequências destas limitações na sua vida diária. Assim, a avaliação da situação global da pessoa, que se obtém via “Escala-Guia” apura não só informação sobre domínios relevantes no âmbito do componente médico (deficiências, doenças, etc.) como também sobre os que respeitam às atividades e funcionalidades da pessoa, incluindo a sua participação social. Da correlação entre estes dois grandes domínios é determinada uma taxa de incapacidade baseada no impacto das deficiências no quotidiano das pessoas.

Figura 6 – Elegibilidades que dependem da “Escala – Guia”





Tal como demonstra a figura anterior, a “Escala – Guia” só é aplicada quando existe uma ou mais alterações nas estruturas ou funções do corpo, de caráter permanente (com duração superior a 1 ano) que limitam a pessoas nas suas atividades de vida diária e que restringem a sua participação na vida social. Em caso negativo, a situação é considerada fora do “campo da deficiência”.

Nos casos elegíveis para a aplicação da “Escala – Guia”, é determinado um grau ou uma taxa de incapacidade, que será menor que 50%, se as limitações identificadas não constituírem um entrave grave à sua participação na vida quotidiana. Neste caso, a pessoa não terá direito a “cartão de incapacidade/ invalidez”, nem qualquer benefício ou prestação social definida para as pessoas com deficiência. Somente é possível ter acesso a um “cartão de prioridade”, se a pessoa tiver dificuldade em permanecer muito tempo em pé.

Nas situações em que é identificada uma limitação significativa na participação na vida quotidiana, mas que é preservada uma autonomia razoável nas atividades de vida diária ou não exista uma limitação terapêutica importante ou nenhuma função do corpo fatalmente comprometida, é atribuída uma taxa de incapacidade entre 50% a 80%. Neste caso, a pessoa ainda não terá direito a um “cartão de incapacidade”, nem à maioria das prestações de compensação. Apenas é admitido o acesso ao “cartão de prioridade” e a alguns componentes complementares dos apoios sociais.

Por último, nas situações mais graves, ou seja, em que as alterações nas estruturas ou funções do corpo restringem significativamente ou totalmente a autonomia da pessoa nas suas atividades de vida diária ou que existe uma necessidade de grande restrição terapêutica ou um problema grave em uma função importante do corpo, é atribuída uma taxa de incapacidade superior a 80% e concedido o acesso ao “cartão de incapacidade” e aos principais benefícios de compensação.

A Escala-Guia contém oito capítulos, cada um correspondendo a um tipo de deficiência:

- I) Deficiências intelectuais e dificuldades comportamentais;
- II) Deficiências da psique;
- III) Deficiências auditivas;

- IV) Deficiências de linguagem e fala;
- V) Deficiências da visão;
- VI) Deficiências gerais;
- VII) Deficiências do sistema musculoesquelético
- VIII) Deficiências estéticas

A escala Guia não define uma taxa de incapacidade fixa, mas indica os intervalos em que se situa essa taxa de incapacidade:

- Incapacidade leve: de **1 a 15%**;
- Incapacidade moderada: de **20-45%**;
- Incapacidade Grave: de **50 a 75%**;
- Incapacidade muito grave: de **80 a 95%**.

Somente a partir de uma taxa de incapacidade de 50% é possível ser contemplado com a maioria dos apoios sociais na França, nomeadamente:

- Cartão de incapacidade
- Cartão de prioridade para pessoas com deficiência;
- 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.

A determinação da taxa de incapacidade é baseada em uma análise das interações entre três dimensões inspiradas no modelo da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens:

Deficiência - qualquer perda de substância ou alteração de uma estrutura ou função do corpo: psicológica, fisiológica ou anatômica. A deficiência corresponde à lesão ou deterioração da função.

Incapacidade - qualquer redução da capacidade de executar uma atividade

considerada normal para um ser humano, resultante de uma deficiência, parcial ou total.

Desvantagem - limitações ou impossibilidade de desempenhar um papel social, tendo em consideração a idade, gênero e aos fatores sociais e culturais de uma determinada pessoa numa sociedade.

Estas três dimensões encontram-se intimamente relacionadas, embora a intensidade de cada uma não seja necessariamente comparável, podendo variar consideravelmente de pessoa para pessoa, mesmo quando a deficiência está relacionada à mesma origem ou patologia. Da mesma forma, qualquer um destes aspectos pode evoluir de forma diferente ao longo do tempo. Com efeito, como foi descrito, o diagnóstico utilizado no âmbito da Escala Guia, por si só, não permite uma avaliação biopsicossocial, pelo que esta avaliação terá necessariamente de ser complementado por outros instrumentos, nomeadamente os que reflitam a interação da pessoa com o contexto.

Sintetizando o exposto, após a avaliação com recurso ao GEVA e a aferição da elegibilidade para o acesso a prestações sociais, quer via referencial no âmbito da PCH, quer Escala-Guia (outras prestações), entre outros instrumentos complementares, as equipas multidisciplinares articulam com os serviços da comunidade o Plano Personalizado de Compensação. Enquadram-se, por exemplo, os apoios relacionados à escolaridade, reabilitação, terapias, emprego, assistência pessoal, transportes, etc. Embora as equipas coordenem todo o processo avaliativo, são as Comissões dos Direitos e Autonomia das Pessoas com Deficiência que tomam todas as decisões finais sobre o Plano Personalizado de Compensação e o acesso aos benefícios.

Por último, do ponto de vista dos instrumentos, também como ficou claro, a avaliação médica que se realiza no âmbito da Escala-Guia baseia-se na CID, mas a avaliação funcional, nomeadamente a utilizada no referencial para acesso à PCH, baseia-se na CIF, embora não incorpore todas as categorias e atividades prevista naquela classificação internacional.

A black Eames-style chair is positioned in the center of the frame. On its backrest, a rectangular sign is attached, which is illuminated from within, casting a warm, yellow glow. The sign contains the text 'THINK OUTSIDE THE BOX' in a bold, sans-serif font, arranged in three lines. The background is a plain, light-colored wall, and the overall lighting is soft and warm, creating a contemplative atmosphere.

THINK

OUTSIDE

THE BOX

A woman with blonde hair, wearing a white sleeveless top and dark jeans, is sitting in a white wheelchair. She is looking off to the right, towards a dense forest of tall evergreen trees. The scene is bathed in soft, golden light, suggesting late afternoon or early morning. The wheelchair is positioned on a paved surface. A dark green rectangular box with white text is overlaid on the middle of the image.

3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA ESPANHA

A Espanha assinou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como o Protocolo Facultativo, tendo os documentos sido ratificados pelo Parlamento espanhol a 3 de dezembro de 2007. Em 2011 a Espanha promulgou a Lei 26/2011, de 1 de agosto, de adaptação normativa da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Quadro 4- A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com de Deficiência na Espanha

	Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	Protocolo Adicional
Espanha	A Espanha também assinou a Convenção em 30 de março de 2007. Seu Parlamento ratificou-a em 3 de dezembro de 2007. Foi transposta para a legislação em 21 de abril de 2008 (BOE), tendo entrado em vigor em 3 de maio daquele ano.	A Espanha assinou o Protocolo em 30 de março de 2007. O Parlamento ratificou o documento em 3 de dezembro de 2007. Foi publicado em 21 de Abril de 2008 (BOE) e o instrumento entrou em vigor em 3 de Maio de 2008.

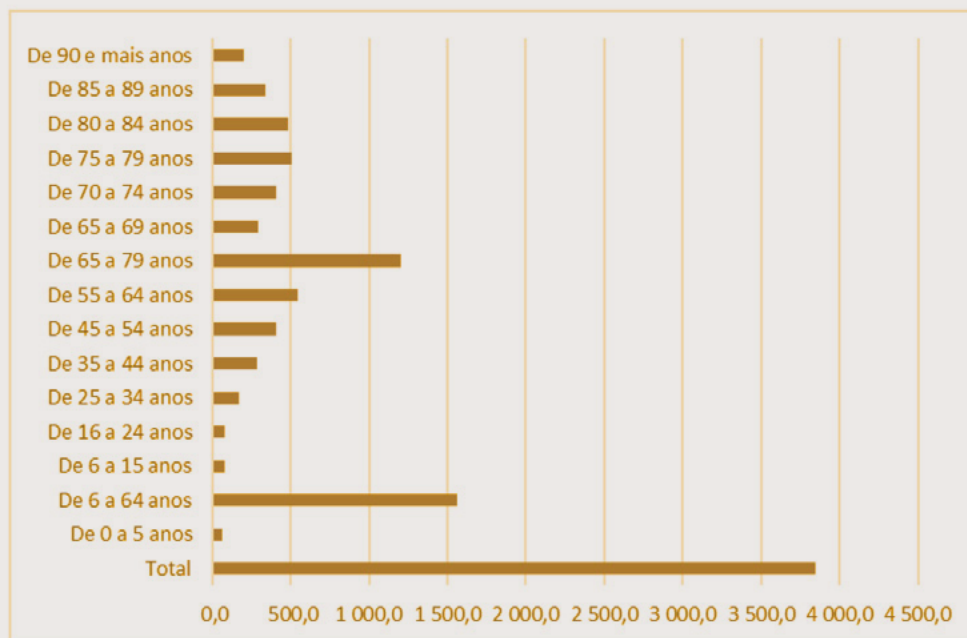
Fonte: ANED

De acordo com os resultados do último inquérito nacional, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estatística de Espanha com o apoio do Ministério da Saúde e da Política Social e de três ONG espanholas (Fundación ONCE, Comité Espanhol de Representantes de Pessoas com Deficiência - CERMI e a Confederação Espanhola de Organizações a favor das Pessoas com Deficiência Mental - FEAPS), cerca de 10% da população (4 milhões de pessoas) vive com alguma deficiência. Embora este valor seja superior ao número de “cartões de pessoa com deficiência” atualmente atribuídos na Espanha, o fato é que é bastante inferior à percentagem de pessoas com deficiência residindo na França ou em outros países vizinhos de Espanha como Portugal (17,8%). Estes resultados estatísticos devem sempre ser considerados com alguma prudência uma vez que foram obtidos por instrumentos diferentes, pelo que a sua comparação não se afigura, nem possível, nem desejável.

O Estudo realizado na Espanha denominado “Inquérito de Deficiência, Autonomia Pessoal e Situações de Dependência - (EDAD-2008)” investigou a percepção das pessoas acerca da sua deficiência, entendida como uma limitação na realização de alguma atividade diária (Figura 7).

Figura 7 – População com deficiência por escalão etário e sexo vivendo na Espanha (milhares de pessoas)

	TOTAL	HOMENS	MULHERES
TOTAL	3.847,9	1.547,7	2.300,2
De 0 a 5 anos	60,4	36,4	24,0
De 6 a 64 anos	1.560,4	754,5	805,9
De 6 a 15 anos	78,3	50,7	27,6
De 16 a 24 anos	75,1	46,5	28,6
De 25 a 34 anos	168,7	98,8	69,8
De 35 a 44 anos	286,5	149,4	137,0
De 45 a 54 anos	406,0	181,9	224,1
De 55 a 64 anos	545,8	227,1	318,7
De 65 a 79 anos	1.201,3	454,8	746,5
De 65 a 69 anos	292,8	124,2	168,6
De 70 a 74 anos	404,7	147,5	257,2
De 75 a 79 anos	503,8	183,2	320,6
De 80 a 84 anos	482,6	148,6	333,9
De 85 a 89 anos	339,8	103,2	236,6
De 90 e mais anos	203,4	50,0	153,4



Fonte: INE Espanha (2008)

O INE de Espanha está preparando novo inquérito para lançar em 2020.

A Direção Geral de Políticas de Apoio à Deficiência da Espanha, ligada ao Ministério da Saúde, Consumos e Bem-estar Social, coordena todas as políticas públicas neste âmbito (educação, emprego, saúde, etc.) em estreita articulação com as comunidades autonômicas e com o Instituto de Maiores (idosos) e Serviços Sociais – IMSERSO. Esta Direção-Geral é igualmente responsável pela legislação nacional produzida, trabalhando com as comunidades autônomas uma vez que a responsabilidade do apoio social na Espanha é competência das comunidades autonômicas. Neste sentido, a Direção Geral ajuda a harmonizar a aplicação da lei e esclarecer as dúvidas sobre a sua implementação.

Tal como o observado para o caso francês, o Estado Espanhol encontra-se igualmente muito empenhado em prosseguir políticas públicas inclusivas para cumprir os princípios da Convenção, que respeita a abordagem biopsicossocial da deficiência.

Tal como na França, a Espanha detém igualmente um pacote vasto de políticas públicas de apoio às pessoas com deficiência, cuja elegibilidade está condicionada a uma avaliação realizada pelos serviços do IMSERSO.

O Estado Espanhol distingue o conceito de “pessoa com deficiência” do conceito de “pessoa com dependência”. Assim, consideram-se pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais permanentes e que, na sua interação com diversas barreiras, podem impedir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com os demais cidadãos. Da mesma forma como se observou quando da análise do caso francês, o conceito vigente na Espanha respeita o preconizado na Convenção das Nações Unidas. Por outro lado, o Estado Espanhol considera “pessoa com dependência” aquela que tem uma incapacidade, de caráter permanente, que, devido à idade, doença ou deficiência, origina uma falta ou perda de autonomia física, mental, intelectual ou sensorial, requer a atenção de uma ou mais pessoas para realizar atividades da vida quotidiana ou, no caso de pessoas com deficiência mental ou doença mental, de outros apoios para a sua autonomia pessoal.

3.1 A abordagem em vigor e a estruturação do sistema

Atualmente a avaliação da deficiência na Espanha encontra-se em fase de revisão no sentido da nova sistemática de avaliação incorporar os desafios da abordagem biopsicossocial proposta pela Convenção. Foi instituído um grupo de trabalho interministerial que, ao longo dos últimos anos, estudou o tema, estando praticamente terminado o documento final. O trabalho tem sido desenvolvido em parceria com universidades e com apoio das organizações representativas das pessoas com deficiência.

O IMSERSO é o organismo público com competências na área avaliação da deficiência na Espanha. Este instituto, de âmbito nacional, detém igualmente diversos centros descentralizados pelo território. Devido ao fato dos serviços sociais na Espanha dependerem dos governos regionais das doze comunidades autônomas (incluindo Ceuta e Melilla), a avaliação das pessoas é realizada diretamente por cada comunidade autônoma, mas com supervisão do IMSERSO, que garante a uniformização dos critérios, procedimentos e dos instrumentos.

Além do trabalho de avaliação da deficiência o IMSERSO coordena um conjunto vasto de centros especializados;

- Centros de Referência Estatais – CRE⁵
- Centro de Recuperação de Pessoas com Incapacidade Física – CRMF⁶
- Centros de Atenção/Cuidados às Pessoas com Deficiência Física (CAMF)⁷
- Centros para Pessoas com Deficiência – centros base.⁸

Retornando à questão da avaliação da deficiência na Espanha, o Real Decreto Normativo 1/2013, de 29 de novembro, instituiu a necessidade que este trabalho fosse desenvolvido por equipes multidisciplinares. Estas equipes são essencialmente compostas por médicos, psicólogos e assistentes sociais com experiência e conhecimentos específicos na determinação do “grau de deficiência”. Embora ainda não se encontre em vigor o novo sistema de avaliação, o processo avaliativo vigente no país ainda detém um componente biomédico, associado a um componente biopsicossocial, representado pela participação de psicólogos e assistentes sociais que, independentemente da determinação da percentagem de alterações das funções e estruturas do corpo, procuram identificar as funcionalidades do indivíduo, bem como as barreiras ou os facilitadores ambientais no sentido que tal possa ajudar na elaboração de projetos de vida na comunidade. São atribuições das equipes multidisciplinares:

5. Os centros de referência estatais encontram-se integrados na rede de serviços do Sistema de Autonomia e Atenção à Dependência (SAAD) e atuam como instrumentos da Administração Geral do Estado. São recursos que desenvolvem ações supracomunitárias, que complementam e reforçam as ações das administrações autónomas sem interferir em suas competências.

6. São centros estatais que, a partir de uma abordagem integrada de reabilitação, fornecem um conjunto de serviços de recuperação e orientação médico-funcional, psicossocial e ocupacional. Também realizam formação profissional para pessoas com deficiências físicas ou sensoriais em idade ativa. Estes serviços são oferecidos em regime de internato, meia pensão ou ambulatorio, de acordo com as circunstâncias pessoais, necessidades e interesses dos usuários.

7. São centros de abrangência nacional, em regime de internato ou meio-internato, para pessoas com deficiência física, que, devido á severidade da sua deficiência, têm muita dificuldade de obter um trabalho e de em satisfazer as suas necessidades de vida diária no domicílio.

8. Centros de nível provincial, onde se desenvolvem basicamente programas de cuidados básicos para pessoas com deficiência. São disponibilizados serviços de informação, diagnóstico, avaliação e qualificação para pessoas com deficiências físicas, intelectuais ou sensoriais. São ainda competência destes centros a realização de programas individuais de reabilitação e tratamentos em regime ambulatorio. Estes centros funcionam essencialmente nas duas comunidades autónomas espanholas sitas do Norte de Africa.

- I) Avaliar e qualificar situações de deficiência;
- II) Prestar apoio interdisciplinar a cada pessoa com deficiência;
- III) Emitir um parecer técnico integrado não só sobre as deficiências, limitações e barreiras, mas também incluindo as capacidades e funcionalidades que devem ser alavancadas através de apoios vários;
- IV) Orientar para reabilitação e habilitação.

No que concerne à avaliação do grau de deficiência e não obstante a revisão do novo modelo em curso, atualmente ainda se encontra em vigor a aplicação das normas introduzidas pelo Real Decreto 1971/1999, de 23 de dezembro, sobre o processo de reconhecimento, declaração e qualificação do grau de deficiência na Espanha.

Segundo o Artigo 4.º desse Decreto, a atribuição do grau de incapacidade responde a critérios técnicos uniformizados, através das escalas consolidadas e testadas (também conhecidas como 'baremos'), em que se valora a incapacidade de acordo com a proporção do corpo que foi acometida. Sempre que se considere apropriado, são igualmente levados em consideração outros fatores complementares como a situação social, familiar, relativa ao emprego ou sociocultural, que tende a dificultar a integração social da pessoa. Tal como se observou no caso da França, o grau de deficiência é apresentado em forma de percentagem.

As escalas que constam do anexo do referido documento legislativo estabelecem os padrões para a avaliação de acordo com o modelo proposto pela Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da O.M.S., que antecedeu a CIF.

Quadro 5- Regras gerais para a determinação de um grau de incapacidade causada por deficiências permanentes:

1	O processo patológico que deu origem à deficiência, seja ela congênita ou adquirida, bem como as medidas terapêuticas aplicadas devem ser previamente documentados pelos organismos de saúde competentes.
2	O diagnóstico médico que a pessoa apresenta é indicativo uma vez que a mesma será submetida às diretrizes de avaliação de incapacidade estabelecidas com base na gravidade e consequências da incapacidade, seja ela qual for.
3	Deve entender-se por “deficiência permanente” as alterações orgânicas ou funcionais sem possibilidade de recuperação, ou seja, sem possibilidade razoável de restituição ou melhoria da situação da pessoa em termos da alteração estrutura ou função do corpo afetada.
4	As diretrizes de avaliação não se baseiam tanto da gravidade da alteração do corpo, mas em seu efeito sobre a capacidade de realizar a atividades da vida diária, ou seja, o que determina o grau de incapacidade causado pela deficiência.

Fonte: IMSERSO.

No âmbito do Real Decreto 1971/1999, de 23 de dezembro, entende-se por atividades de vida diária aquelas que são comuns a todos cidadãos. Entre as múltiplas descrições de AVD existentes, o Estado espanhol contemplou a proposta da *American Medical Association* (AMA, 1994). Assim, consideram-se “atividades de vida diária”, aquelas de autocuidado como vestir-se, alimentar-se, evitar riscos e higiene pessoal. Encontram-se também incluídas todas as atividades físicas como levantar-se, reclinar-se, mudar de posição na cama, entre outras, as atividades sensoriais (ver, ouvir, cheirar), as atividades manuais como agarrar, apertar, empurrar, a capacidade para utilizar transportes, a função sexual, a capacidade para acessar atividades sociais e de lazer (Quadro 5).

Quadro 6 - Graus de incapacidade na Espanha

I	<p>Enquadram-se nesta classe todas as pessoas com as deficiências permanentes, que, depois de tratadas e, ou às quais foi atribuída uma ajuda técnica, não demonstram ter qualquer tipo de incapacidade.</p> <p>Percentagem de incapacidade – 0% (Nulo).</p> <p>Nenhuma dificuldade nas AVDs.</p>
II	<p>Integram nesta classe as pessoas com deficiência permanente, cujas alterações nas estruturas ou funções do corpo originam uma incapacidade leve.</p> <p>Percentagem de incapacidade – entre 1% e 24%.</p> <p>Alguma dificuldade nas AVD</p>
III	<p>Enquadram-se nesta classe as pessoas com deficiência permanente cujas alterações nas estruturas ou funções do corpo originam uma incapacidade moderada.</p> <p>Percentagem de incapacidade – entre 25% e 49%.</p> <p>Grande dificuldade em algumas AVD que não sejam de autocuidado.</p>
IV	<p>Enquadram-se nesta classe as pessoas com deficiência permanente cujas alterações nas estruturas ou funções do corpo originam uma incapacidade grave.</p> <p>Percentagem de incapacidade – entre 50% e 70%.</p> <p>Alguma dependência em autocuidados.</p>
V	<p>Enquadram-se nesta classe as pessoas com deficiência permanente cujas alterações nas estruturas ou funções do corpo originam uma incapacidade muito grave.</p> <p>Percentagem de incapacidade – 75% (Total).</p> <p>Impossibilidade de realização de todas as AVD de autocuidados.</p>

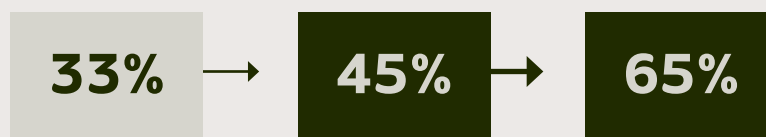
Fonte: IMSERSO.

Nesta classificação os critérios para a avaliação da incapacidade intelectual constituem uma exceção, porque deficiências intelectuais, por menores que sejam, causam habitualmente limitações ao nível das AVD. Para cada uma destas classes, existem diferentes escalas (baremos) de avaliação, uma vez que a variedade de tipos de deficiências exige uma correspondente atenção específica por parte do avaliador (Quadro 6).

No caso das pessoas com múltiplas deficiências, as percentagens podem ser ajustadas tendo em consideração, como fator prioritário o tipo de deficiência que determina uma incapacidade mais penalizadora para a realização das AVD.

A percentagem de incapacidade base para acesso a benefícios sociais e apoios públicos é de 33%. Contudo alguns benefícios mais generosos e majorados exigem graus de incapacidade de 45% e 65%. Neste sentido, como se tem vindo a expor, prioriza-se a limitação para as atividades e restrições às participações sobre as alterações da estrutura ou das funções fisiológicas do corpo.

Figura 8 – Percentagens de incapacidade para acesso a benefícios sociais e apoios públicos na Espanha



Fonte: IMSERSO

A partir do ano de 2009 a Espanha tem vindo a estudar a adaptação os critérios de avaliação da deficiência à CIF, tendo sido criado um grupo de trabalho que continua a trabalhar nesse sentido.

3.2 Nova proposta de modelo de avaliação da deficiência na Espanha

A escala de avaliação da deficiência que se encontra em fase de finalização na Espanha contempla 4 eixos principais de avaliação fundamentados na CIF:

- I) Deficiência;
- II) Limitação de atividades;
- III) Desempenho (funcionalidade)
- IV) Fatores contextuais ambientais.

Os trabalhos encontram-se praticamente finalizados e em breve será editada uma publicação que sistematizará este novo modelo de avaliação, incluindo os instrumentos de medição (Quadro 7 e Tabela 1).

Quadro 7 – Novo modelo de classificação/avaliação da deficiência na Espanha

1	BDGP (Escala de Deficiência Global Pessoal) – Avalia a deficiência permanente de acordo com o critério da 6ª. versão do AMA Guides to the evaluation of Permanent Impairment.
2	BLA (Escala de limitações da atividade) – Avalia a capacidade em ambiente padrão através dos 9 domínios de atividades e participações da CIF.
3	BLGTAA (Escala de limitação grave e total no autocuidado).
4	BM (Escala de limitação da mobilidade).
5	BRP (Escala de restrição na participação) – Avalia o desempenho para atividades em contexto com ajuda. Recorre à autoavaliação da pessoa e incorpora os 9 domínios de atividades e participações da CIF.
6	BFCA (Escala de fatores contextuais e ambientais) – Identifica barreiras contextuais com base nos 5 capítulos de fatores ambientais da CIF.

Fonte: IMSERSO

Tabela 1 - Percentagens de gravidade que decorrem do novo modelo de avaliação

	CLASSE 0 NULA	CLASSE 1 NULA	CLASSE 2 MODERADA	CLASSE 3 GRAVE	CLASSE 4 TOTAL
BDGP	0 - 4%	5 - 24%	25 - 49%	50 - 95%	> 95%
BLA	0 - 4%	5 - 24%	25 - 49%	50 - 95%	> 95%
BLGTAA	-	-	0 - 4%	5 - 74%	> = 75%
BRP	0 - 4%	5 - 24%	25 - 49%	50 - 95%	> 95%

Fonte: IMSERSO

Na perspectiva do IMSERSO, esta nova abordagem permite uma melhoria na qualidade dos processos de avaliação do grau de incapacidade na Espanha. Estes quatro grandes instrumentos distintos de avaliação são, no entanto, objetos de um cruzamento de variáveis ao estilo de indicador composto, sujeito a um modelo matemático. Este procedimento único que serve para o reconhecimento, declaração e qualificação do grau de incapacidade, também serve para o reconhecimento da situação de dependência na Espanha.

Dos quatro instrumentos, a avaliação dos autocuidados (atividades da vida diária) representa o critério principal de valoração. Atualmente, está em finalização um recurso de informática para gerenciar este novo modelo, cruzando os vários instrumentos.

Independentemente da entrada em vigor em breve deste novo método de avaliação da deficiência na Espanha, as percentagens de incapacidade que permitem a ilegitimidade para os apoios irão manter-se, continuando a ser 33% a “porta de entrada” para acesso ao sistema de benefícios em vigor.



4. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL

O Brasil assinou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como o Protocolo Facultativo, tendo os documentos sido ratificados pelo Congresso Brasileiro em 9 de julho de 2008, pelo Decreto Legislativo nº 186 (Quadro 8).

Quadro 8 - A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com de Deficiência No Brasil

Brasil	O Brasil assinou a Convenção em 30 de março de 2007 e a ratificou o documento em 2008 através do Decreto legislativo Nº 186, de 2008, de 9 de julho. Em 25 de agosto de 2009, o Presidente da República promulgou a Convenção.	O Brasil assinou o Protocolo facultativo em 30 de março de 2007 e a ratificou o documento em 2008 através do Decreto legislativo Nº 186, de 2008, de 9 de julho. Em 25 de agosto de 2009, o Presidente da República promulgou o Protocolo facultativo.
---------------	--	--

Com base nos resultados dos Censos de 2010, o Brasil contempla cerca de 45 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 23,9% da população brasileira. Dessas, a grande maioria (38.473.702) reside em áreas urbanas enquanto 7.132.347, em zonas rurais. Mais recentemente e no âmbito dos trabalhos inerentes à publicação “Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo”, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), seguindo as recomendações do *Washington Group on Disability Statistics* da ONU, utilizou uma nova forma de análise e de interpretação da base de dados

obtida nos Censos 2010⁹. Com esta metodologia de apuramento, o IBGE reviu a proporção de pessoas com deficiência no Brasil para 6,7%.

Em 2015 foi aprovada a “Lei Brasileira de Inclusão” – LBI, de 2015, denominada igualmente: “Estatuto da Pessoa com Deficiência”. Esta importante legislação visa adaptar a legislação no Brasil aos princípios do Modelo social e da Convenção, enquadra 127 artigos e cerca de 300 novos dispositivos que vêm alterar o paradigma jurídico no Brasil quanto aos direitos humanos e deficiência. A avaliação da deficiência encontra-se contemplada no parágrafo 2º da legislação, que indica a necessidade de correlacionar a avaliação sobre as limitações nas estruturas ou funções do corpo com os fatores socioambientais que restringem o desempenho das atividades de vida diária, bem como a participação na sociedade.

“Além de afirmar e estar em consonância com o conceito de pessoas com deficiência da Convenção, o texto da LBI traz a questão das barreiras como uma inovação para fins de reconhecimento e qualificação da deficiência como restrição de participação social. A LBI não só descreve o que são as barreiras, como explicita seis principais tipos delas - arquitetônicas, urbanísticas, nos transportes, nas comunicações, tecnológicas e atitudinais. Como o conceito de pessoa com deficiência (...) estabelece que a deficiência é resultado da interação entre o corpo com impedimentos e uma ou mais barreiras, depreende-se que basta a caracterização de uma única das seis explicitadas para que a pessoa com impedimentos de longo prazo seja considerada com deficiência”. (Santos, 2016:3009)

De acordo com Sabariego (2016), o Brasil conta com 23 políticas públicas federais dirigidas às pessoas com deficiência (Quadro 9).

9. Nesta nova abordagem, para cada um dos seis grandes domínios funcionais questionados (enxergar, ouvir, andar, cognição, autocuidado e comunicação) apenas foram consideradas como “pessoas com deficiência” aquelas que responderam “ter muita dificuldade” ou “não conseguir de modo algum” a uma ou mais questões. Assim deixou de se contabilizar as que responderam “alguma dificuldade”.

Quadro 9 - Políticas públicas federais para as pessoas com deficiência no Brasil

Área	Política / Benefício
Previdência social	Redução do tempo para aposentadoria para PcD
	Reabilitação profissional
	Aposentadoria por invalidez
	Majoração de 25% (na necessidade de assistentes pessoais)
	Dependente com deficiência para pensões
	Pensão (de servidor falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência
	Aposentadoria de servidor público com deficiência por mandato de injunção
Assistência social	Benefício de prestação continuada
	Auxílio-inclusão
	Residências inclusivas
	Centros dia
	Horário especial para servidor federal acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência
	Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)
	Pensão por deficiências causadas pela talidomida
Trabalho e emprego	Reservas de vagas nas empresas privadas
	Reserva de vagas nos concursos para o serviço público
	Aprendiz com deficiência
	Reabilitação profissional

Saúde	Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
	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
Educação	Atendimento especializados
	BCP na escola
	Cotas nos cursos técnicos e nas universidades públicas
	Auxílio pré-escolar para dependente com idade mental reduzida
Habitação	Moradias adaptadas e adaptáveis
	Reserva de unidades habitacionais para PcD
Transporte / deslocamento	Passe livre interestadual
	Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência
	Reserva de vagas para PcD em estacionamento
	Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência
Impostos federais	Isenção de IPI para aquisição de automóveis
	Isenção de imposto de renda
	Isenção de IOF
	Prioridade na restituição do imposto de renda
Cultura	Meia-entrada

4.1 Instrumento de avaliação para o Benefício de Prestação Continuada

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é uma ação operacionalizada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo custeado com recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Assistência Social. Consiste na transferência mensal de renda, sem contrapartidas, no valor de um salário-mínimo, direcionado às pessoas com deficiência e aos idosos com 65 anos de idade ou mais, desde que tenham renda familiar per capita inferior a um quarto do salário-mínimo (BRASIL, 1993, 2007b). No caso da pessoa com deficiência, há o direcionamento para uma avaliação por assistente social e médico perito do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para definição do grau de incapacidade, que é operacionalizada e sistematizada. A avaliação pericial quantifica a carga imposta pela deficiência sobre a funcionalidade e pondera a magnitude da influência das barreiras ambientais sobre o desempenho da pessoa nas atividades diárias, definindo a elegibilidade para o BPC (BRASIL, 2011).

Se por um lado o BPC pretende suprir necessidades fundamentais, por outro lado, também viabiliza o planejamento do futuro e esperanças para uma população que despende parte substancial da existência na viabilização da subsistência, com elevação da autoestima e modificação da percepção do próprio eu (Barbosa 2003).

Para elaboração do instrumento para avaliação de candidatos para o BPC (iBPC), foi instituído um Grupo de Trabalho Interministerial, que se baseou em instrumentos de avaliação funcional presentes na literatura e práticas de avaliação social de outros países. A proposta básica de ação desse grupo foi basear-se no modelo biopsicossocial integrador da CIF, incluindo aspectos do ambiente na avaliação e sugerindo que contasse com a colaboração de assistentes sociais para dimensões específicas do questionário. A versão que foi implementada na rotina de avaliação proposta pelo INSS e pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) contava com uma lista de características pessoais e de identificação, seguida pelo componente de avaliação social e pela avaliação pericial médica.

A avaliação social consiste na ponderação do impacto negativo, ou seja, como barreiras, de fatores relacionados aos produtos e tecnologias (5 questões), ambiente físico (2 questões), relacionamento e apoios (4 questões), atitudes das pessoas (2 questões) e sistemas (serviços públicos, transporte, legal, saúde, educação e assistência social – 6 questões) que mereceriam uma pontuação de 0 (não é barreira) até 4 (barreira completa), somando, portanto, de 0 a 76, onde uma pontuação maior indica pior interferência dos fatores ambientais sobre a funcionalidade.

A avaliação social continua com a abordagem sobre aspectos das participações do indivíduo. São avaliados 1 aspecto da vida doméstica, 2 aspectos dos relacionamentos interpessoais, 3 aspectos das áreas principais da vida e 3 da vida cívica, social e comunitária. Outras avaliações complementares das atividades e participações são feitas pelo médico perito, baseando-se no que o indivíduo faz quanto a aprendizagem e tarefas cognitivas (3), tarefas e demandas gerais (2), comunicação (8), mobilidade (4) e autocuidados (4).

As funções do corpo são avaliadas exclusivamente pelo médico perito, enquanto as estruturas corpóreas não são avaliadas (ao contrário da proposta da CIF), sendo apenas indicadas as modificações anatômicas observadas. Todos os 8 capítulos do componente de funções do corpo estão previstos na rotina pericial, mas alguns capítulos são desdobrados, resultando em 22 questões. Assim como os fatores ambientais e as atividades e participações, esta sessão do questionário também é graduada de acordo com a escala genérica da CIF, variando de 0 a 4, o que resulta numa pontuação final de 0 a 88 pontos, onde os valores mais elevados indicam mais deficiências.

No ano 2017, foram concedidos 160.361 BCP para cidadãos acima de 65 anos. Quanto ao BCP relacionado à deficiência, foram periciadas 393.776 pleiteantes e concedidos 222.521 BCP (56,5%), sendo 92.848 mulheres (41,7%), 64.715 (29,1%) para menores de 19 anos, 156.650 (70,4%) entre 20 e 65 anos e 1156 acima de 65 anos (0,5%) (Tabela 1). Nesse ano, as doenças psiquiátricas e neurológicas representaram 33,5% dos motivos de concessão do benefício. Não foi possível obter informações sobre as condições ambientais dessas pessoas e de que forma o detalhamento do meio ambiente, pessoas, atitudes e sistemas contribuiu para o agravamento da funcionalidade dos pleiteantes.

Tabela 2 – Benefícios de prestação continuada concedidos em 2017 de acordo com o sexo e com os grupos nosológicos.

Capítulo da CID	Homens	Mulheres	Total
F – Transtornos psiquiátricos	27845	17023	44868
G – Doenças neurológicas	7875	5479	13345
C e D – Neoplasias e doenças hematológicas	5021	6201	11222
I – Doenças vasculares	6004	4917	10921
Q – Malformações, afecções genéticas e cromossômicas	5630	4757	10387
S-Z- Causas externas	5111	1567	6678
M – Afecções musculoesqueléticas	2506	3680	6186
H – Doenças dos olhos e anexos	2989	2822	5811
A e B – Doenças infecciosas	2603	1821	4424
E – Endócrinas e metabólicas	1565	1678	3243
H – Doenças das orelhas e anexos	1475	1698	3173
N – Doenças renais e urinárias	1613	1516	3129
J – Doenças respiratórias	665	737	1402
K – Doenças do aparelho digestório	678	401	1079
P – Afecções perinatais	416	302	718
R – Sintomas e sinais	410	256	666
L – Doenças da pele	194	217	411
O – Afecções obstétricas	13	11	24
Total	96612	77273	173885

Como pode ser percebido na cartilha de orientação para o uso do iBPC¹⁰, a formulação das questões para avaliação social segue um grau de especificidade maior que na avaliação médica. Em ambas avaliações, a graduação dos problemas é baseada na escala genérica de qualificadores da CIF, que varia de 0 (nenhum problema) até 4 (problema completo), porém a escolha do nível de pontuação fica exclusivamente a critério do avaliador, uma vez que não há descrições pormenorizadas da graduação.

A atualização e treinamento insuficiente da equipe que realiza as perícias, médicos e assistentes sociais, é uma crítica oriunda dos próprios usuários deste instrumento de avaliação, que se lamentam da dificuldade de incorporação dos conceitos trazidos pelo instrumento e que subsidiam o benefício. Desta forma, a prática pericial, especialmente por parte dos médicos, acaba seguindo os mesmos rituais de outros setores, como os auxílios para afastamento do trabalho ou aposentadoria e muitas vezes desconsideram o acréscimo oferecido pela avaliação social (Macedo 2015).

No seu estudo, realizado igualmente no âmbito do projeto Diálogos Setoriais União Europeia – Brasil, Sabariego (2016), destacou o BPC das demais políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência. Segundo a autora:

“O Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC) é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993) e concedido pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Beneficiários são idosos com mais de 65 anos de idade e pessoas com deficiência, os quais recebem mensalmente salário mínimo, desde que comprovem ter renda per capita inferior a 1/4 do salário mínimo. No caso de pessoas com deficiência o grau da deficiência e o nível de incapacidade deverão ser comprovados por meio de avaliação do Serviço de Perícia Médica do INSS. O BPC é um benefício da assistência social e assim não exige que os beneficiários tenham contribuído para a Previdência Social para ter direito a ele. O benefício não tem caráter de aposentadoria e exige uma reavaliação a cada dois anos para que se verifique se o beneficiário continua tendo

10. http://www.mpggo.mp.br/porta1web/hp/41/docs/avaliacao_das_pessoas_com_deficiencia_-_bpc.pdf

o direito de recebê-lo. Desde o Decreto nº 6.214/2007 e desde a entrada em vigor das Leis nº 12.435/2011 e nº 12.470/2011, o BPC também é utilizado para facilitar o acesso a outras políticas públicas, como educação e ingresso no mercado de trabalho” (Sabariego, 2016:30).

No que se refere à avaliação da deficiência, o Brasil tem conhecido nos últimos anos uma importante evolução acadêmica e legislativa no sentido da transição de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. Contudo, esse caminho ainda não se encontra totalmente percorrido. Os decretos 3.298/1999 e 5.296/2004 foram marcos importantes para o declínio da importância do diagnóstico nosológico e da CID, mas ainda são restritivos na abrangência das condições de saúde contempladas e fundamentam-se, na maior parte das vezes, nas funções e estruturas do corpo.

O iPBC passa a contemplar, no entanto, o aspecto ambiental ao destacar o impacto que as barreiras atitudinais, física e institucionais impõem à pessoa com deficiência. Esse instrumento não desconsidera, no entanto, o papel fundamental que as modificações das estruturas e funções fisiológicas trazem às pessoas e não avalia a dimensão psicológica de forma sistemática. Por outro lado, a implantação desse instrumento trouxe a novidade de incluir mais um personagem na avaliação da funcionalidade das pessoas, o assistente social, reduzindo a hegemonia da perícia médica sobre a certificação da deficiência no Brasil. Em função da necessidade de implantação de uma nova sistemática de avaliação, houve uma contratação maciça de assistentes sociais para cobrir todo o território nacional e um esforço para a capacitação de médicos peritos e assistentes sociais para esse novo modelo de avaliação.

4.2 Índice de Funcionalidade Brasileiro

O Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br) foi desenvolvido por uma força-tarefa subsidiada pela Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), em virtude da recomendação do Grupo de Trabalho Interministerial instituído pela Presidência da República em 26 de setembro de 2007. A proposta de trabalho para o grupo seria a elaboração de um modelo brasileiro único para valoração quantitativa das deficiências e classificação, cujo uso fosse aplicável em todo território nacional de forma intersetorial. Este projeto, viabilizado pela Secretaria Nacional de Promoção

dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, teve início em janeiro de 2011, sendo concluído em abril de 2012.

Numa fase inicial o desenvolvimento do IF-Br contou com uma busca de informações sobre a presença e participação das pessoas com deficiência a partir de fontes secundárias como o censo escolar sobre educação básica e o censo escolar de ensino superior, a relação anual de informações sociais e a Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Na mesma fase, ocorreu uma pesquisa qualitativa, baseada em 23 grupos focais com pessoas com deficiência, cuidadores e familiares.

De posse dos dados compilados na fase anterior, reuniu-se um grupo de trabalho com representantes da comunidade acadêmica, de grupos de defesa dos direitos das pessoas com deficiências representativos de grupos com cada uma das principais classificações: visual, auditiva, intelectual, física e orgânica, bem como representantes dos Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Previdência Social. O grupo reuniu-se mensalmente por 7 encontros para selecionar as atividades que deveriam ser avaliadas, definir os princípios de avaliação para cada atividade, descrever minuciosamente as atividades, os níveis de pontuação e os fatores ambientais que poderiam estar envolvidos, avaliar a qualidade da pontuação e formas de apresentação do resultado final da aplicação do instrumento e, por fim, desenvolver versões apropriadas para faixas etárias mais iniciais da vida (Franzoi 2013).

Os princípios norteadores para o desenvolvimento do IF-Br foram:

- Seguir a proposta da CIF de avaliação da funcionalidade, ou seja, um modelo não fundamentado exclusivamente no diagnóstico ou características do corpo, mas sim valorizando a realização ou dificuldade para realização de atividades e a participação e levando em conta o papel dos fatores de contexto.
- Identificar barreiras, quer fossem físicas, tecnológicas, de atitudes ou da organização dos serviços e sistemas públicos ou privados.
- Ser um instrumento único, que pudesse ser usado independente da finalidade, tipo de deficiência ou diagnóstico nosológico.

A primeira versão do IF-Br consistiu numa lista de 41 atividades distribuídas entre sete domínios (Quadro 10). Cada atividade do instrumento é avaliada por pontuações que consideram a dependência dos sujeitos avaliados em relação a outras pessoas ou a produtos e tecnologias no seu desempenho (Quadro 11). As atividades são baseadas na CIF e, para cada uma delas deve ser atribuída uma pontuação adaptação a partir da Medida de Independência Funcional (Riberto 2001, Riberto 2004).

Quadro 10 – Domínios do IFBr

	Domínio	Questões
1	Sensorial	2
2	Comunicação	5
3	Mobilidade	8
4	Cuidados pessoais	8
5	Vida doméstica	5
6	Educação, trabalho e vida econômica	5
7	Socialização e vida comunitária	8

Fonte: Franzoi (2013)

De acordo com o IF-Br, a pontuação 75 corresponde à situação na qual o indivíduo utiliza algum tipo de tecnologia adaptativa para completar as tarefas listadas de forma satisfatória. A lista de instrumentos de adaptação foi elaborada para cada uma das tarefas, de forma que o perito que realiza a avaliação pode seguir o manual de aplicação do instrumento onde todas as variações possíveis de ajudas técnicas presentes naquele momento foram relacionadas, só é necessário observar que o uso dessas ajudas técnicas não exige a intervenção de outra pessoa, seja para buscar os equipamentos, auxiliar no vestuário, uso ou retirada. Sempre que há a participação de outra pessoa na realização da tarefa, a pontuação escolhida deve ser 50, porém deve ser observado que neste nível de pontuação ainda ocorre a participação efetiva da pessoa avaliada, significando que nem todo o esforço físico é da outra pessoa ou que o avaliado consegue completar alguma das etapas ou

tarefas incluídas na atividade ou participação em questão. Quando não há qualquer envolvimento do indivíduo na realização da atividade, a pontuação mínima, 25, é a escolha mandatória.

Quadro 11 – IFBr – Pontuação baseada na independência

Pontuação	Descrição
100	Independência total
75	Independência modificada
50	Dependência parcial
25	Dependência total

Fonte: Franzoi (2013).

A proposta inicial de apresentação dos resultados da aplicação do IF-Br, segundo o seu manual, é a exposição do grau médio de comprometimento da funcionalidade em 7 domínios, cada um com um valor variável de 25 a 100, referente à média dos escores obtidos em cada atividade do domínio. O grupo que desenvolveu o IF-Br não chegou a apresentar valores normativos por ocasião da sua publicação em 2013, mas entendeu que uma pontuação final, ponderada a partir da soma de escores de todas as atividades poderia não ser adequada, uma vez que a somatória de vários ‘pequenos problemas’ em várias atividades poderia ser tão ou mais prejudicial à funcionalidade do indivíduo quanto uma restrição completa em apenas uma atividade. Desta forma, para a classificação da deficiência como física, visual, auditiva e intelectual foram propostos sistemas de lógica fuzzy. Para cada um desses tipos de deficiência foram selecionadas atividades que seriam mais importantes e elaboradas questões designadas como ‘emblemáticas’ cuja resposta positiva seria suficiente para definir a classificação do tipo de deficiência (Franzoi 2013).

É preciso ponderar que apesar de o IF-Br ser um instrumento cuja base de ponderação é a dependência funcional, entre as políticas públicas voltadas à PcD no Brasil não há nenhuma que ofereça assistência de terceiros ou recurso para contratação desse serviço.

Um estudo de validação do IF-Br que também oferece uma base normativa para o seu uso foi realizado com a coleta de dados no período de dezembro de 2017 a março de 2018 e só teve seus resultados publicados em 2019. Foram entrevistados 417 adultos entre 18 e 59 anos que não apresentassem deficiência, exceto pela necessidade de óculos para refração e 883 idosos, independentemente de apresentar alguma deficiência ou não. Todos foram entrevistados com base nos critérios do If-Br e estratificados pela faixa etária, tipo e gravidade da deficiência.

Por um lado, esse estudo mostrou que entre adultos sem deficiência, ainda houve várias atividades previstas no IF-Br que não eram realizadas em virtude de questões culturais ou por não se aplicarem ao contexto de vida. Nesse sentido, as atividades de educação não se aplicaram a 44% dos adultos, assim como a qualificação profissional em 41,2%, cuidar dos outros em 18,9%. Em três atividades houve uma influência do gênero, ou seja, 16,5% das mulheres que só atuavam como donas de casa não poderiam ser avaliadas quanto ao trabalho remunerado e, especialmente para os homens, as tarefas associadas ao cuidado do lar e cozinhar não se aplicaram a 13,9% e 12,7% respectivamente. Este panorama entre os adultos com idade abaixo de 59 anos e sem deficiência auto referida indica o padrão normativo para comparações, uma vez que o valor médio do If-Br foi 99,13, variando ao longo dos domínios entre 94,86 (sensorial) e 99,96 (vida comunitária).

Para o grupo de idosos, as mesmas atividades que foram consideradas não aplicáveis para os adultos ocorreram em frequência semelhante, acrescidas da vida política e cidadania, em 33,9%, uma vez que, por exemplo, o voto é facultativo nesse grupo etário. Entre adultos com mais de 60 anos, 81% apresentaram deficiência motora e 54% apresentaram pelo menos mais um tipo de deficiência, as pessoas com idade mais avançada apresentaram em média maior grau de deficiência e mais número de funções do corpo comprometidas. Neste grupo foi possível identificar dependência para as atividades básicas de vida diária em 14,8% da amostra e para as atividades instrumentais de vida diária em 33%. A perda de funcionalidade com o avançar da idade esteve relacionada a fatores diretamente relacionados à deficiência, mas também a motivos não relacionados à saúde.

O estudo enumerou pelo menos 312 barreiras ambientais, mas esse valor está subestimado, pois essa informação só foi coletada quando a pontuação das atividades do IF-Br foi 25, ou seja, dependência total. Pode haver barreiras com papel determinante nos outros níveis melhores de pontuação. Os idosos poderiam mencionar mais que uma barreira para cada atividade, atitudes das pessoas mencionadas como barreiras com maior frequência 182 vezes, seguidas pelos serviços, sistemas e políticas, 93 vezes.

Além de criar uma base de comparação para a avaliação da funcionalidade em adultos sem deficiência e idosos em geral este estudo demonstrou a capacidade do IF-Br para identificar as deficiências das pessoas e a influência dos fatores ambientais.

4.3. Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IFBrA)

A Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1, de 27/01/2014 aprovou o uso do IF-Br como instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social que viabiliza a atribuição de magnitude de graus de deficiência, com adaptações específicas para a finalidade de concessão do benefício de redução do tempo para aposentadoria (passando a chamar-se IF-BrA - a letra A no final da sigla indica que está na versão Adaptada) para a pessoa com deficiência, conforme a orientação da Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. A recomendação da Portaria interministerial 1 é que o IF-BrA seja sempre aplicado por médicos peritos e assistentes sociais, assim a pontuação final variará de 2050, quando todas as 41 atividades receberem o escore 25 por ambos avaliadores, até 8200, quando os dois avaliadores assinalarem o escore 100 para todas as atividades. Esta portaria ainda define que deficiências de longo prazo são aquelas com duração de, ao menos, 2 anos de forma ininterrupta. A partir desta regulamentação, o IF-BrA passou a ser uma medida linear, unidimensional, do grau de deficiência que o cidadão apresenta, e não um painel qualitativo composto pelos 7 domínios originais do instrumento. O pressuposto de uma construção linear de pontuação permitiu a definição de pontos de corte para a definição da gravidade da deficiência (Quadro 12).

Quadro 12 – Redução de tempo para aposentadoria de acordo com níveis de pontuação do IF-BrA

Nível de pontuação IF-BrA	Classificação da deficiência	Redução do tempo para aposentadoria
≤ 5739	Grave	10 anos
Entre 5740 e 6354	Moderada	6 anos
Entre 6355 e 7584	Leve	2 anos
≥7585	Insuficiente para o benefício	

A partir de uma amostra piloto com dados de 60 questionários relativos a avaliação de pessoas com deficiência sob avaliação por 2 avaliadores selecionadas pelo INSS antes da publicação da Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1, foram definidas as pontuações 7585, 6355 e 5740 como valores de corte (quadro 4), porém a simples avaliação matemática permite inferir que esses valores também correspondem, respectivamente, a 90%, 70% e 60% do intervalo entre as pontuações máxima e mínima do IF-BrA ($8200 - 2050 = 6150$) (Pereira 2016). O processo de validação de face da IF-BrA foi proposto por Pereira & Barbosa em 2016 (Pereira 2016) que efetuaram entrevistas com médicos peritos e assistentes sociais do INSS, bem como candidatos ao benefício regido pela LC 142. Nas suas conclusões, os autores comentam sobre a variação do entendimento do conceito de deficiência entre as duas categorias profissionais e os usuários do sistema e os choques entre seus conceitos e aqueles presentes na Convenção do Direitos das Pessoas com Deficiência e como isso influencia a operacionalização do IF-BrA.

Questionamentos formulados quanto ao uso do IF-BrA também se relacionam à opção de pontuação de acordo com o nível de dependência e a ausência de menção à presença de barreiras em níveis mais altos de pontuação, mesmo que elas estejam presentes. Essa crítica fundamenta-se na concepção de que o construto 'independência funcional' se volta aos aspectos do corpo e capacidade física ou cognitiva, sem considerar a modulação da funcionalidade pelos fatores ambientais, particularmente pelas barreiras, quando se avalia o prejuízo que o indivíduo pode apresentar.

Diversamente do BPC, que é um benefício assistencial, voltado às pessoas em situação de maior carência e que não estão no mercado de trabalho, a proposição da Lei Complementar 142 aplica-se justamente à pessoa que está incluída competitivamente no mercado de trabalho. Apesar disso, o IF-Br, como intenção inicial, foi desenvolvido para uso como marco de referência em todas as políticas voltadas às PcD. Ao ser adaptado para a necessidade dessa Lei, o IF-BrA não incluiu mais aspectos da avaliação do trabalho do que foi originalmente proposto, pois a ideia não foi avaliar a capacidade de trabalho ou a incapacidade para essa participação, mas sim como o indivíduo pleiteante à redução de período de aposentadoria encaixa-se nas faixas de estratificação descritas. A lógica é que outras limitações presentes ao longo da vida, e não exclusivamente o trabalho, justificam a redução do tempo para aposentadoria.

A validação do IF-BrA para propriedades psicométricas contou com dados de 17.348 segurados com avaliação completa e pontuação final registrada no período compreendido entre outubro de 2013 e janeiro de 2016, em cidades localizadas nas diversas unidades federativas do Brasil. Como a regra para a aplicação da IF-BrA para a finalidade da Lei em questão é que o instrumento seja aplicado integralmente pelos médicos e assistentes sociais do INSS, o primeiro passo foi verificar a concordância da pontuação atribuída ao candidato ao benefício por esses dois profissionais. Somente 47,59% das avaliações suscitou conclusões concordantes. Em geral os assistentes sociais chegaram à conclusão de classificar a pontuação como grave ou moderada em 65,61% das vezes, enquanto para os médicos essas finalizações ocorreram em 46,05% das ocorrências. Uma concordância tão baixa entre avaliadores reduz muito a validade da aplicação de um instrumento de classificação que implica num benefício tão substancial como a antecipação da aposentadoria. Essa deficiência pode decorrer de problemas intrínsecos do instrumento, como falta de clareza nos critérios de avaliação ou nas alternativas de respostas, o que seria identificado em outros estudos de reprodutibilidade, por exemplo. Outra explicação para uma concordância tão baixa seria a heterogeneidade de treinamento dos aplicadores do instrumento, pois se houver uma compreensão variável dos conceitos que o fundamentam isso certamente altera o resultado. No conceito de independência que permeia o IF-BrA está envolvida a necessidade de ajuda de instrumentos ou de outras pessoas para a realização de uma atividade; se a palavra dependência passa a incluir, por exemplo, a necessidade de dinheiro fornecido por terceiros, ou seja, a

dependência econômica, então há uma confusão de conceitos e a aplicação do instrumento está invalidada.

A Tabela 3 apresenta os resultados das 15.270 avaliações periciais relativas a pleiteantes ao benefício regido pela LC 142 no ano 2017. Nesse ano foram concedidos 2.993 benefícios, correspondendo a 19,6% dos pedidos avaliados. Os beneficiados foram mulheres em 66,8% dos casos, nenhum teve idade menor que 29 anos, e 17,2% tinham mais que 69 anos de idade. Praticamente a totalidade das concessões ocorreram para pessoas das regiões urbanas e 72,9% tinham estudado até o final do ensino médio.

Tabela 3 – Benefícios definidos pela LC142 avaliados no ano 2017 (Fonte INSS)

	Concedidos	Indeferidos	Total
Mulheres	1.999	8.804	10.803
Homens	994	3.473	4.467
20-29 anos	0	4	4
30-39 anos	4	89	93
40-49 anos	673	3.319	3.992
50-59 anos	1.802	6.496	8.298
60-69 anos	512	2.316	2.828
> 70 anos	2	54	56
Rural/urbano	2/2.991	35/12.242	37/15.233

A Tabela 4 apresenta o detalhamento dos 12.277 motivos de indeferimento para os benefícios determinados pela LC 142 no ano 2017. Apesar de questões relacionadas ao período de carência e tempo de contribuição serem

os principais motivos da negação do benefício, ainda se pode observar nas duas linhas iniciais da tabela que 3.480 indivíduos não foram qualificados em virtude da impossibilidade de comprovar o grau de deficiência suficiente na avaliação pericial, correspondendo a 28,3%.

Tabela 4 – Número absoluto de casos de indeferimento do benefício de redução do tempo para aposentadoria regido pela LC 142 no ano 2017 (Fonte INSS)

Motivo de indeferimento	Contagem de Espécie
Não comprovou condição de deficiente junto à perícia do INSS	2485
Deficiência não avaliada pela perícia do INSS ou não preenche requisitos	995
Requerente não comprovou 15 Anos como deficiente	800
Ausência de comprovação atividade rural	7
Ausência de comprovação como segurado	12
Falta de idade mínima	190
Falta de tempo de contribuição	6728
Problemas relacionados a falta período carência	440
Falta qualidade doméstico	1
Falta qualidade trabalhador rural anterior ao requerimento do benefício	1
Não concordância aposentadoria proporcional	16
Não possui carência mínima de 180 contribuições	124
Perda de qualidade do segurado	6
Recebimento outro benefício	196
Requerente não tem idade mínima exigida pela Lei	47
Não classificados	213
Total Geral	12.277

4.4 Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IF-BrM)

A discussão teórica a respeito do modelo de avaliação oferecido pelo IF-Br suscitou a proposição de modificações com relação à forma de aplicação, conteúdo de questões e interpretação das respostas. A ficha de avaliação da pessoa sob avaliação passou a conter mais informações, como identidade de gênero, maior detalhamento quanto ao tipo autoreferido de deficiência, renda, ocupação e tipo de domicílio. As funções do corpo só serão preenchidas pelo profissional médico.

O parâmetro escolhido para todas as atividades selecionadas continua sendo a independência para a sua realização, ou seja, quanta ajuda o indivíduo avaliado precisa para completar a tarefa. A informação pode ser obtida por observação direta, entrevista com o indivíduo avaliado ou cuidador, simulação ou consulta a registros de saúde, como prontuários e laudos. Deve ser considerado o que o indivíduo faz na sua vida cotidiana e no ambiente que dispõe e não a sua capacidade de realização em um ambiente terapêutico ou com mais facilitadores que o habitual. Nas situações em que o desempenho da pessoa avaliada varia ao longo do dia, seja pelo efeito de medicamentos, condições clínicas ou modificação ambiental, deve-se escolher a pontuação mais baixa como representativa.

Todavia, em situações específicas, o ambiente habitual ou situação cultural, por exemplo, podem não oferecer a oportunidade para que a tarefa seja realizada. Desta forma, um homem que nunca cozinhou por uma questão cultural, não pode ser avaliado nessa tarefa. Da mesma forma, uma mulher que esteve toda a vida dedicada às tarefas domésticas não pode ser avaliada quanto ao trabalho remunerado.

A escala de pontuação para cada tarefa continua variando em quatro níveis desde 25 pontos, indicando o nível mais baixo de independência, até 100 pontos, o valor correspondente a independência completa.

O número de atividades avaliadas aumentou de 41 presentes no IF-Br para 57, porém, continuam agrupadas em 7 domínios:

- O domínio 'sensorial' do If-Br passou a ser denominado 'aprendizagem e aplicação do conhecimento'. A função corporal 'ver', foi substituída pela atividade 'observar' e foram acrescentadas atividades relacionadas a concentração, aquisição de habilidades ou cálculos, resolução de problemas, tomada de decisões ou realização de tarefas únicas ou múltiplas.
- No domínio comunicação também houve aumento do número de atividades, porém neste caso, às custas de melhor detalhamento. Assim, enquanto o IF-Br avaliava ao mesmo tempo a recepção de mensagens verbais ou não verbais e a produção de mensagens verbais e não verbais, o IF-BrM especifica cada uma das formas de produção e de recepção, avalia separadamente a fala e não considera as habilidades específicas de uso de instrumentos de comunicação à distância.
- No domínio 'mobilidade' não houve mudança no número total de atividades, porém os 'movimentos finos das mãos' deixaram de ser avaliados no IF-BrM, em favor da 'auto-transferência'.
- O domínio 'cuidados pessoais' não sofreu modificações.
- No domínio 'vida doméstica' foram acrescentadas três novas atividades, relacionadas a fazer compras ou contratar serviços, providenciar um lugar para morar e planejamento da rotina diária.
- O domínio 'educação, trabalho e vida econômica' subdividiu a educação em formal e informal, além de ter acrescentado o trabalho por conta própria e o gerenciamento de carreira no trabalho como novos aspectos a serem considerados.
- O domínio 'Relações e interações interpessoais, vida comunitária, social, cultural e política' passou de 8 participações no IF-Br para 9 no IF-BrM, essencialmente com o mesmo conteúdo de avaliações, porém com mais detalhamento e especificidade.

A Quadro 13 destaca as mudanças nas atividades e participações presentes em cada uma das versões do If-Br.

Quadro 13 – Comparação das atividades e participações presentes no If-Br e If-BrM

Domínio	Atividade	If-Br	If-BrM
Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Ver	X	
	Ouvir	X	X
	Observar		X
	Aprender a calcular		X
	Adquirir habilidades		X
	Concentrar a atenção		X
	Resolver problemas		X
	Tomar decisões		X
	Realizar uma única tarefa e atender a um único comando		X
	Realizar múltiplas tarefas e atender a múltiplos comandos		X
Comunicação	Compreensão de mensagens orais	X	X
	Compreensão de mensagens não verbais	X	X
	Falar	X	X
	Produção de mensagens não verbais	X	X
	Compreensão de mensagens escritas	X	X
	Produção de mensagens escritas	X	X
	Conversação oral ou em libras	X	X
	Discutir	X	X
	Utilização de dispositivos de comunicação a distância	X	

Mobilidade	Mudar e manter a posição do corpo	X	X
	Auto transferências		X
	Alcançar, transportar e mover objetos	X	X
	Movimentos finos das mãos	X	
	Deslocar-se dentro de casa	X	X
	Deslocar-se fora dentro de edifício que não a própria casa	X	X
	Deslocar-se fora da sua casa e de outros edifícios	X	X
	Utilizar transporte individual como passageiro	X	X
	Utilizar transporte coletivo	X	X
Cuidados pessoais	Comer	X	X
	Beber	X	X
	Lavar-se	X	X
	Vestir-se	X	X
	Cuidar das partes do corpo	X	X
	Regulação da micção	X	X
	Regulação da defecação	X	X
	Capacidade de identificar agravos a saúde	X	X
Vida doméstica	Preparar refeições simples tipo lanche	X	X
	Cozinhar	X	X
	Realizar tarefas domésticas	X	X
	Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa	X	X
	Cuidar dos outros	X	X
	Fazer compras e/ou contratar serviços		X
	Comprar, alugar, mobiliar ou obter um lugar para morar		X
	Planejar e organizar a rotina diária		X

Educação, trabalho e vida econômica	Educação informal	X	X
	Educação formal	X	X
	Qualificação profissional	X	X
	Trabalho remunerado	X	X
	Exercer trabalho por conta própria (iniciativas individuais, cooperadas ou coletivas)		X
	Manter, progredir e sair de um trabalho remunerado		X
	Administração de recursos econômicos	X	X
Relações e interações interpessoais, vida comunitária, social, cultural e cívica	Interação interpessoal		X
	Relações com familiares e com pessoas familiares	X	X
	Relações em ambientes formais		X
	Relações com estranhos	X	X
	Relações íntimas	X	X
	Participar de atividade da vida comunitária		X
	Participar de atividades culturais, de recreação e lazer		X
	Lidar com emoções e adequar o comportamento de acordo com o contexto	X	X
	Participar de atividades da vida política e social enquanto cidadão	X	X

À semelhança do IF-Br, a versão modificada proposta contempla a possibilidade de correção da avaliação de acordo com a faixa etária do sujeito da avaliação. Isso não fez sentido na aplicação do IF-BrA, pois este foi proposto especificamente para um benefício relacionado ao trabalho, o que pressupõe apenas adultos. Por outro lado, com a intenção de cobrir toda variedade de políticas, benefícios e auxílios, na forma de instrumento unificado, o IF-BrM precisou voltar-se às peculiaridades das faixas etárias. A Tabela 5 especifica as atividades e participações que fazem parte dessa avaliação conforme a faixa etária. De forma geral, espera-se que as atividades de 'aprendizagem e aplicação do conhecimento', 'comunicação', 'mobilidade' e 'cuidados pessoais' já estejam no nível de pontuação semelhante ao dos adultos a partir de da faixa de 9 a 12 anos em crianças com desenvolvimento típico.

Tabela 5 – Adaptação dos domínios do If-BrM de acordo com a faixa etária estudada

Faixa Etária	Número de Atividades por domínio							Total de atividades
	Domínios							
	1	2	3	4	5	6	7	
Até 1 ano	3	2	3	1	0	0	1	10
2 anos	4	3	4	2	0	1	1	15
3 anos	6	5	5	5	0	1	2	24
4 anos	6	5	5	6	0	1	2	25
5 anos	6	5	6	6	0	1	2	26
6 anos	6	6	6	7	1	2	5	33
7 anos	7	8	7	7	3	2	7	41
8 anos	8	8	7	7	3	2	7	42
De 9 a 12 anos	9	8	8	8	6	2	7	48
De 13 a 15 anos	9	8	8	8	7	4	7	51
De 16 a 18 anos	9	8	8	8	8	7	8	56
Acima de 18 anos	9	8	8	8	8	7	9	57

4.4.1 O modelo linguístico fuzzy

As 57 atividades do IF-Br são avaliadas quantitativamente utilizando-se a escala baseada no nível de independência funcional para quaisquer tipos de deficiências. Todavia, para alguns tipos de deficiência, alguns domínios são mais determinantes para a particularidade experimentada pelo indivíduo. A lógica da aplicação do Modelo Fuzzy é a de introduzir um elemento de balanceamento na avaliação das 57 atividades por tipos de deficiência em situações emblemáticas nas quais há maior risco da dependência de terceiros. Frente ao risco de a somatória da pontuação das 57 atividades poder não expressar a dependência ou não identificar as situações de maior fragilidade, foram elencadas condições para as quais a utilização do Modelo Fuzzy no IFBrM pretende:

- Introduzir elementos qualitativos na avaliação quantitativa dos critérios da MIF;
- Balancear e qualificar a pontuação pelos tipos de deficiência;
- Qualificar a avaliação por tipo de deficiência por critérios que o avaliador considere relevantes nas particularidades do avaliado, tais como as apresentadas pelas questões emblemáticas e dependência de terceiros;
- Qualificar a avaliação por levar em consideração condições identificáveis de maior vulnerabilidade, fragilidade e risco pelas escolhas dos domínios preponderantes aos tipos de deficiência;

Os quadros 14 a 18 contemplam as lógicas de avaliação para as condições de deficiência auditiva, visual e motora. O IF-BrM introduz a diferenciação do modelo para a deficiência intelectual daquela relacionada à deficiência mental e psicossocial.

Quadro 14 – Modelo Fuzzy para deficiência auditiva

DEFICIÊNCIA AUDITIVA
<p>() 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).</p> <p>() A SURDEZ OCORREU ANTES DOS 6 ANOS.</p> <p>() NÃO DISPÕE DO AUXÍLIO DE TERCEIROS SEMPRE QUE NECESSÁRIO.</p>

Quadro 15 – Modelo Fuzzy para deficiência intelectual**DEFICIÊNCIA 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.

Quadro 16 – Modelo Fuzzy para deficiência física**DEFICIÊNCIA FÍSICA**

() 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

Quadro 17 – Modelo Fuzzy para deficiência visual**DEFICIÊNCIA 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.

Quadro 18 – Modelo Fuzzy para deficiência mental / psicossocial

DEFICIÊNCIA MENTAL/PSICOSSOCIAL
<p>() 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.</p> <p>() A PESSOA É DISCRIMINADA EM DECORRÊNCIA DE UM TRANSTORNO MENTAL E ESSA CONDIÇÃO INVALIDA SUAS PRÓPRIAS ESCOLHAS, RESTRINGINDO SUA PARTICIPAÇÃO SOCIAL.</p> <p>() NÃO DISPÕE DO AUXÍLIO DE TERCEIROS SEMPRE QUE NECESSÁRIO.</p>

4.4.2 Identificação de fatores ambientais

O modelo biopsicossocial de entendimento da funcionalidade humana proposto pela CIF defende que a experiência humana de vida não deve ser entendida apenas como decorrência de aspectos diretamente ligados às funções e estruturas do corpo. Respeitando que o contexto individual e ambiental tem um papel fundamental sobre a forma como as pessoas desempenham suas atividades habituais, bem como a exigência legal de que todos os componentes da CIF sejam contemplados nas avaliações da funcionalidade para políticas públicas, o IF-BrM inclui os aspectos ambientais na avaliação.

Os Fatores Ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas. São os fatores externos aos indivíduos que têm impacto sobre a sua funcionalidade. Os fatores externos podem aumentar a funcionalidade atuando como facilitadores, ou podem ser limitantes, agindo como barreiras.

Os fatores ambientais são divididos em 5 categorias:

- Produtos e Tecnologia
- Ambiente
- Apoio e Relacionamentos
- Atitudes
- Serviços Sistemas e Políticas

O manual do IF-BrM contempla diversas possibilidades de facilitadores. A primeira consideração refere-se aos cuidadores, que são fundamentais para a definição dos níveis de independência funcional nas pontuações 50 e 25.

O nível de pontuação 75 para todas as atividades e participações pressupõe a independência, ou seja, a realização da atividade sem a ajuda de terceiros, porém com algum tipo de ajuda técnica ou modificação da atividade, de forma que ela seja possível, ou possa ser realizada em segurança. A longa lista de produtos ou técnicas que devem ser lembradas está presente no manual de aplicação do IF-BrM em cada uma das atividades tenta esgotar as possibilidades, porém a pessoa que aplica o instrumento de avaliação deve levar em conta também aprimoramentos tecnológicos e inovações que não puderam ser consideradas na elaboração do manual.

Para avaliação do papel negativo que os fatores podem ter sobre a funcionalidade das pessoas, o IF-BrM requer que, frente a pontuação 75, 50 ou 25, o avaliador esclareça se esses valores decorrem da interferência de uma ou mais barreiras e se a eliminação dessas barreiras resultaria em melhora do desempenho. Nesse caso, deve haver registro de que tipo de barreira se trata, conforme as 5 categorias descritas acima. A ausência de um fator ambiental também pode ser considerada uma barreira, mesmo que ele não tenha sido experimentado pelo indivíduo, isso quer dizer que se uma pessoa tem uma deficiência física no membro inferior e acredita-se que ela possa ficar melhor com uma órtese, a ausência ou indisponibilidade da órtese é considerada uma barreira, mesmo que para algumas pessoas as órteses não modifiquem efetivamente a funcionalidade e em outras pessoas possam até mesmo introduzir maior dificuldade na realização das atividades em virtude de seu peso ou da necessidade de treino para o seu uso.

Quadro 19 IFBrM (Adulto) – Descrição das atividades e domínios

Domínio	Atividade/Participação	Quantidade
Aprendizagem e aplicação do conhecimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar 2. Ouvir 3. Aprender a calcular 4. Adquirir habilidade 5. Concentrar a atenção 6. Resolver problemas 7. Tomar decisões 8. Realizar uma única tarefa e atender um único comando 9. Realizar tarefas múltiplas e atender a múltiplos comandos 	09
Comunicação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreensão de mensagens orais 2. Compreensão de mensagens não verbais 3. Falar 4. Produção de mensagens não verbais 5. Compreensão de mensagens escritas 6. Produção de mensagens escritas 7. Conversação oral ou em LIBRAS 8. Discutir 	08
Mobilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mudar e manter a posição do corpo 2. Auto-transferência 3. Alcançar, transportar e mover objetos 4. Deslocar-se dentro de casa 5. Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa 6. Deslocar-se fora da sua casa e de outros edifícios 7. Utilizar transporte individual como passageiro 8. Utilizar transporte coletivo 	08
Cuidados pessoais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comer 2. Beber 3. Lavar-se 4. Vestir-se 5. Cuidar das partes do corpo 6. Regulação da micção 7. Regulação da defecação 8. Capacidade de identificar doenças e agravos a saúde 	08

Vida doméstica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar refeições simples tipo lanche 2. Cozinhar 3. Realizar tarefas domésticas 4. Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios de casa 5. Cuidar dos outros 6. Fazer compras ou contratar serviços 7. Comprar, alugar, mobiliar ou obter um lugar para morar 8. Planejar e organizar a rotina diária 	08
Educação, trabalho e vida econômica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educação informal 2. Educação forma 3. Qualificação profissional 4. Trabalho remunerado 5. Exercer trabalho por conta própria (iniciativas individuais, cooperadas ou coletivas) 6. Manter, progredir e sair de trabalho remunerado 7. Administração de recursos econômicos pessoais 	07
Relações e interações interpessoais, vida comunitária, social, cultural e política	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interação interpessoal 2. Relação com familiares e com pessoas familiares 3. Relações em ambientes formais 4. Relações com estranhos 5. Relações íntimas 6. Participar de atividades de vida comunitária 7. Participar de atividades culturais, de recreação e lazer 8. Lidar com emoções e adequar o comportamento de acordo com o contexto 9. Participar de atividades de vida política e social enquanto cidadão 	09
Total de atividades		57

Fonte: UnB (2018).

A responsabilidade pela aplicação do formulário na etapa de validação de face e acurácia cabe à Universidade de Brasília e ao Ministério da Saúde como órgão coparticipante do projeto de pesquisa. A investigação encontra-se atualmente em curso, tendo sido iniciada a coleta dos dados. A informação será analisada com recurso a metodologia quantitativa e qualitativa.

Embora, como vimos, o IFBrA esteja em uso no âmbito do cálculo de redução do tempo de aposentadorias de acordo com a gravidade da deficiência, prevê-se que o novo IFBrM, depois de validado, possa vir a constituir-se como uma ferramenta mais abrangente para a avaliação da deficiência no Brasil. Desta forma, tenderá igualmente a ser utilizado como “porta de entrada” para o acesso a outros benefícios e políticas públicas. Recorde-se que, face à informação transmitida no seminário, este é ainda um trabalho em fase de validação científica e de consequente amadurecimento e aperfeiçoamento.

“O IFBr ainda não teve finalizada a fase de validação científica. Esse trabalho está mais avançado na política previdenciária, que já o utiliza. (...) Como todo instrumento de avaliação, precisa de aperfeiçoamentos constantes, um dos principais pontos a ser objeto de apreciação para melhoria do IFBr diz respeito exatamente a como as barreiras e os fatores ambientais devem ser avaliados durante a aplicação do instrumento (...) no entanto por basear-se em uma métrica de valorização da dependência das pessoas para qualificar a pontuação das Atividades e Participação, o IFBr pode não valorizar de forma equilibrada, no momento da avaliação, os demais fatores ambientais e barreiras. A dependência de terceiros para o auxílio na realização de determinadas atividades é caracterizada como uma barreira, na perspectiva da CIF. Ela pode aparecer, principalmente nos Fatores Ambientais de: 1. Apoios e Relacionamentos e 2. Serviços, Sistemas e Políticas, quando não há oferta de cuidadores ou assistentes pessoais por meio de políticas ou serviços públicos. Pela CIF, a dependência para o desempenho de algumas atividades é uma dentre várias outras barreiras. No entanto, no IFBr, a situação de dependência das pessoas com deficiência como métrica para valorar as atividades e a participação social assume um valor central que influencia na análise de todas as atividades e, consequentemente, na caracterização da funcionalidade. A centralidade na dependência pode gerar fragilidades na avaliação da deficiência,

reforçando a noção desta como resultante apenas das condições pessoais e corporais e não como reflexo de uma sociedade” (Santos, 2016: 3013).

Como se referiu, no Brasil, as políticas “Assistencial e Previdenciária” foram pioneiras na avaliação e caracterização da deficiência para acesso a direitos e concessão de benefícios, com base na CIF e nos princípios da Convenção, indo além do paradigma biomédico.

O desafio de avaliar a deficiência com base na funcionalidade, na restrição das atividades e participação social, depende também das barreiras e dos fatores ambientais que possam equacionar essa participação. A avaliação de fatores ambientais e das barreiras à participação torna-se assim essencial para promoção da inclusão e garantia dos direitos humanos fundamentais das pessoas com deficiência.

Independentemente da complexidade inerente ao desenho e implementação de um sistema holístico e biopsicossocial de avaliação da deficiência, alinhado com os princípios da Convenção, o Brasil encontra-se atualmente a dar passos sólidos nesta área em particular, consubstanciando-se num exemplo a seguir com muito interesse a nível internacional.

4.5 Outras políticas federais brasileiras baseadas na avaliação da funcionalidade

O quadro 12 relaciona as avaliações da funcionalidade e deficiência em funcionários públicos, familiares e cônjuges para alguns benefícios relacionados a administração pública já mencionados no Quadro 9. Todas as avaliações para esses benefícios são realizadas nas dependências do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), sempre com a participação de um a três médicos peritos, mas raramente com a participação de outros profissionais e baseia-se em laudos e exames comprobatórios, ou seja, fundamentando-se exclusivamente nos diagnósticos e alterações das funções ou estruturas do corpo, portanto aproximando-se do modelo biomédico de entendimento da deficiência.

Quadro 20 - Políticas relacionadas aos funcionários públicos federais

Benefício	Instrumento de Avaliação	Composição da Equipe de Avaliadores	Periodicidade
Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência	Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004- laudo oficial pericial	Equipe multiprofissional incluindo um médico investido em cargo público	Somente avaliação inicial
Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção	Instrução Normativa MPS/ SPPS nº 2, de 13/02/2014 Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/ SEDH/MP nº 1, de 27/01/2014, à avaliação do segurado da Previdência Social	Junta oficial composta por três médicos	Prevista a reavaliação- art. 222 da Lei 8.112, de 1990 e pela perícia conforme a deficiência
Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental	Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004 - laudo oficial pericial	Junta oficial composta por três médicos	Prevista a reavaliação- art. 222 da Lei 8.112, de 1990 e pela perícia conforme a deficiência
Horário especial para servidor com deficiência	Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004 - laudo oficial pericial	Junta oficial composta por três médicos	Prevista a reavaliação pela perícia conforme a deficiência
Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência	Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004 - laudo oficial pericial	Junta oficial composta por três médicos	Prevista a reavaliação pela perícia conforme a deficiência

Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência	Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004- laudo oficial pericial	um médico	Prevista a reavaliação- Decreto nº 7.613, de 2011 validade máxima de cinco anos
Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar	Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004 - laudo oficial pericial	um médico	Prevista a reavaliação pela perícia conforme a deficiência
Reserva de cargos em serviços públicos Laudo médico		Variável, conforme o certame	

Os benefícios para a pessoa com deficiência junto às atribuições do Ministério da Economia incluem:

- Isenção de imposto sobre produtos industrializados na aquisição de automóveis
- Prioridade na devolução do imposto de renda
- Isenção do imposto sobre operações financeiras
- Isenção de imposto de renda

Em todas estas situações, o benefício é concedido a partir de um laudo médico, emitido por um serviço particular ou do Sistema Único de Saúde, que é posteriormente avaliado pelo serviço médico oficial da União, Estados ou Municípios. Os benefícios não se aplicam a todos os tipos de deficiência e em algumas situações, cobrem apenas uma lista específica de diagnósticos, estando, portanto, em desacordo com o modelo multidimensional da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Similarmente, vários outros benefícios e políticas voltadas às pessoas com deficiência em outras pastas ministeriais continuam utilizando os mesmos procedimentos descritos acima, o que ocorre tanto em âmbito federal como estadual e municipal, indicando heterogeneidade de práticas de certificação da deficiência e falta de disseminação dos princípios contidos na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, seja intersetorialmente ou nos níveis administrativos da nação.

Para alguns benefícios e ações afirmativas incluídos nos exemplos citados neste capítulo, o Decreto nº 3298 de 1999, que foi alterado pelo Decreto nº 5296, de 2004, servem como base para a classificação do requerente como 'pessoa com deficiência' e implicam na elegibilidade ou não. A definição de pessoa com deficiência de acordo com esse decreto é:

- **Para a deficiência física** - alterações completas ou parciais 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, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
- **Para a deficiência auditiva** - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;
- **Para a deficiência visual** - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 graus; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- **Para a deficiência mental** - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:
 - comunicação;
 - cuidado pessoal;
 - habilidades sociais;

- utilização dos recursos da comunidade;
- saúde e segurança;
- habilidades acadêmicas;
- lazer;
- trabalho;
- Para a deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

Apesar de serem passos importantes na conquista de reconhecimento para benefícios e ações afirmativas para as pessoas com deficiência, as definições descritas acima ainda esbarraram no problema de pessoas que não se enquadram nessas características, mas que ainda assim apresentam dificuldades duradouras ou permanentes para a realização das demandas rotineiras.

Em nenhuma das avaliações descritas neste capítulo, bem como nem para aplicação do instrumento para o BPC ou do IF-Br, a equipe de avaliação é dedicada exclusivamente para as questões relacionadas à pessoa com deficiência. Por exemplo, quando a avaliação é realizada pelas equipes de perícia do INSS, o médico perito também pode estar envolvido na avaliação de casos com finalidades distintas, como por exemplo, a avaliação do afastamento de um trabalhador ou seu retorno ao trabalho. Isso impõe um óbice a mais para este procedimento, pois o raciocínio de auxílio à funcionalidade e participação de um cidadão em virtude da deficiência pode ser contaminado pelos conceitos de redução da capacidade laboral. Além disso, na perícia relacionada ao trabalho, muitas vezes a questão envolvida na avaliação médica consiste no esclarecimento de magnificação de queixas, que podem ser entendidas como simulação para que haja prolongamento dos afastamentos ou aumento das indenizações. Se a atitude de investigação e dúvida permear a avaliação da funcionalidade para a pessoa com deficiência, podem ocorrer julgamentos inadequados da potencialidade das pessoas, especialmente quando estão envolvidos aspectos de difícil quantificação física, como na deficiência intelectual, transtornos do espectro autista, doenças psiquiátricas e síndromes dolorosas crônicas.



5. ANÁLISE COMPARATIVA DA AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL, ESPANHA E FRANÇA

5.1 Quanto ao contexto

França

Há cerca de 12 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência no país, o que representa 17,9% da população total. Em termos de governança das políticas transversais e interministeriais para as PcD, há a Secretaria de Estado das Pessoas com Deficiência, subordinada ao Gabinete do Primeiro Ministro.

Uma lei de 11 de fevereiro de 2005 mudou o foco das ações de inclusão para as PcD de uma visão baseada apenas em benefícios monetários, como no Brasil, para um apoio personalizado voltado à satisfação das suas necessidades de cidadania e participação em diferentes contextos e faixas etárias. Mesmo tendo promulgado esta lei em 2005, a França assinou a CDPD em 2007 e tendo efetivamente aderido a ela e seu protocolo facultativo em setembro 2010.

A filosofia por trás da definição de deficiência e que define a avaliação da funcionalidade segue os princípios da CIF, levando em consideração as funções e estruturas do corpo, atividades, participações e fatores de contexto. Apesar de incorporar o modelo da funcionalidade humana presente na CIF, não são usados os princípios de sistematização e nem todas as categorias da classificação. A avaliação é realizada num contexto biopsicossocial, a partir do pedido do cidadão e é realizada por uma equipe multiprofissional.

A lei mencionada acima exige que o cidadão, para ser elegível para qualquer benefício a ela relacionado, apresente deficiências físicas, sensoriais, mentais, cognitivas ou psíquicas que resultem em limitação das suas atividades diárias ou na sua participação social. Assim, o sistema francês não preconiza o uso do modelo biomédico para determinação da incapacidade.

Espanha

A Espanha assinou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como o Protocolo Facultativo em 2007 e promulgou a Lei 26/2011 quatro anos após, com uma adaptação normativa da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Cerca de 4 milhões de pessoas, ou seja, 10% da população vive com alguma deficiência. A Direção Geral de Políticas de Apoio à Deficiência é subordinada ao Ministério da Saúde, Consumos e Bem-estar Social e está incumbida da harmonização e aplicação da lei, bem como esclarecer as dúvidas e coordenar as políticas públicas para as PcD em articulação com o Instituto de Maiores e Serviços Sociais (IMSERSO). Especificamente para a questão de avaliação da funcionalidade, um Decreto Real de 2013 instituiu a necessidade de que este trabalho fosse desenvolvido por equipas multidisciplinares. Todavia, o Decreto Real de 1999 que define o processo de reconhecimento do grau de incapacidade ainda se encontra em vigor, apesar de ter sido atualizado nos anos 2003, 2009 e 2012. Para a atribuição das faixas de percentagem da funcionalidade são utilizadas escalas baseadas na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da OMS, que precedeu a CIF, nas quais são atribuídas percentagens da incapacidade conforme a magnitude da perda estrutural ou fisiológica do segmento corpóreo. As tabelas que associam a quantidade de perda fisiológica à percentagem de incapacidade são conhecidas como 'baremos'.

Na Espanha, os conceitos de "pessoa com deficiência" e "pessoa com dependência" são claramente diferenciados. Assim, PcD são aquelas que impedimentos ou alterações físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais permanentes cuja interação com fatores de contexto impede a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições, em consonância com o modelo de funcionalidade humana da CIF. Por outro lado, "pessoa com dependência" é aquela que tem uma incapacidade, de carácter permanente, que, devido à idade doença ou deficiência, origina uma falta ou perda de autonomia física, mental, intelectual ou sensorial, e requer a atenção de outra pessoa.

Comparação com o Brasil

Assim como nos dois países europeus em comparação, o Brasil também é signatário da CDPD desde a sua publicação inicial, e incorporou-a como emenda constitucional logo após. Também já vinha em um movimento para incorporar o modelo da funcionalidade humana proposto pela CIF em 2001 em vários aspectos da legislação e políticas públicas. Particularmente para o interesse deste texto é importante destacar o papel inovador do iBPC, que foi elaborado antes da CDPD e propôs com ineditismo no país uma rotina de avaliação da funcionalidade válida para todo o país, a partir de múltiplos aspectos do modelo já mencionado e realizada por uma equipe multiprofissional.

5.2 Quanto ao local de avaliação

França

A avaliação da funcionalidade para determinar a elegibilidade aos direitos e oportunidades às pessoas com deficiência é realizada nas Casas Departamentais dos Deficientes (MDPH), localizadas em cada um dos 101 departamentos administrativos do país, sob a direção do Conselho Geral.

Espanha

O IMSERSO é o organismo público em âmbito nacional que realiza a avaliação da funcionalidade nas unidades autônomas da Espanha, garantindo a homogeneidade dos critérios aplicados. Suas ações são operadas em unidades especializadas: i) Centros de Referência estatais; ii) Centro de Recuperação de Pessoas com Incapacidade Física; iii) Centros de Atenção às Pessoas com Deficiência Física; iv) Centros para Pessoas com Deficiência.

Comparação com o Brasil

No Brasil a efetiva prática de avaliação da funcionalidade para os benefícios sociais relacionados aos prejuízos decorrentes das limitações para atividades e participações está concentrada sobre o INSS, que concentra em seu corpo

clínico as avaliações periciais para várias finalidades junto ao governo federal, portanto, não há estrutura física vocacionada especificamente para acolher, avaliar ou orientar as PcD quanto à avaliação funcional.

5.3 Quanto à equipe de avaliação

França

A equipe multidisciplinar MDPH é formada por médicos, paramédicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Espanha

As equipes multiprofissionais são compostas por médicos, psicólogos e assistentes sociais com treinamento específico para avaliação da funcionalidade, sendo os últimos responsáveis pela avaliação de fatores de contexto que modulam a funcionalidade dos cidadãos. Estas equipes devem: i) avaliar e qualificar situações de deficiência; ii) prestar apoio interdisciplinar às PcD; iii) elaborar um parecer técnico integrado sobre a funcionalidade e fatores de contexto; iv) orientação para reabilitação.

Comparação com o Brasil

A estrutura do INSS restringe, no Brasil, a avaliação da funcionalidade à participação do médico e do assistente social. Apesar de serem especificamente treinados para a avaliação das deficiências e julgamento da propriedade de atribuições de benefícios e apoios diversos, é necessário repetir que a natureza da avaliação previdenciária e de capacidade laboral é influenciada por fatores que as diferenciam diametralmente da avaliação para benefícios associados à deficiência. Enquanto nas primeiras avaliações um cuidado muito grande dos peritos está na busca de simulações e exageros, que perpetuariam um afastamento para uma pessoa que poderia estar de volta ao trabalho, por exemplo, na segunda avaliação, a perícia médica e do serviço social devem estar imbuída do sentimento de viabilizar auxílio aos requerentes para conseguirem uma participação mais plena na sociedade.

Quanto ao contexto específico de avaliação da funcionalidade para o qual este texto se propõe, é preciso repetir e destacar que, apesar de ser mencionado o treinamento das equipes de perícia - médicos e assistentes sociais – o primeiro estudo de reprodutibilidade para aplicação do IF-BrA não obteve resultados adequados para o seu uso corriqueiro. A garantia de uma aplicação correta e justa desse instrumento de avaliação exigiria a verificação da validade das suas propriedades psicométricas em outras amostras populacionais e outros grupos de avaliadores, para verificar se o problema é causado por fraqueza da estrutura e redação do instrumento ou por treinamento inadequado dos avaliadores.

5.4 Quanto ao processo de avaliação

França

O instrumento chamado 'Guia de avaliação de necessidades de compensação para as pessoas com deficiência' (GEVA) é a ferramenta metodológica que normatiza todas as fases do processo de atendimento e avaliação nas casas departamentais, com vários componentes que vão muito além dos critérios de avaliação para acesso a benefícios.

A avaliação ocorre a partir do pedido do cidadão. Embora possa parecer lógico que se procedesse sempre uma avaliação global em todas as áreas e benefícios disponíveis, a escassez de recursos limitados das casas departamentais e elevado número de requerentes, não permite fazer de forma sistemática e a atenção da equipe volta-se ao pedido específico original. Deve ser destacado que o processo não deve começar por pedido de terceiros, exceto se forem formalmente incumbidos da guarda do requerente.

Para iniciar o processo de avaliação, o candidato ao benefício deve anexar um atestado médico preenchido num modelo oficial e uniformizado para todo o país, onde estarão descritos o diagnóstico nosológico, condições clínicas relevantes e as suas limitações nas atividades de vida diária. Para as pessoas com algum tipo de interdição, essa situação deve ser comprovada.

A avaliação é realizada nas casas departamentais e pode ser complementada com a visita da equipe multiprofissional à residência da pessoa, com intuito de melhor conhecer os seus contextos de vida.

Espanha

O procedimento para efetuar a avaliação da funcionalidade inicia-se com a apresentação de documentos que atestem a condição de saúde e identidade da pessoa interessada junto a sua Comunidade Autônoma. Não há menção de um instrumento ou guia de padronização de procedimentos de avaliação, porém a aplicação dos 'baremos' por si só já constitui uma rotina de padronização da avaliação.

Comparação com o Brasil

O processo de avaliação da funcionalidade para os benefícios relacionados à deficiência no Brasil também parte da requisição pelo próprio interessado e sempre pressupõe a apresentação inicial de um laudo médico no qual deve constar o diagnóstico nosológico e etiológico, preferencialmente com a respectiva CID e documentos comprobatórios da duração da deficiência e do comprometimento do corpo (exames laboratoriais ou de imagem, na maior parte das vezes).

A avaliação da funcionalidade propriamente dita só faz parte da rotina de avaliação de alguns benefícios federais, como o BPC e redução do tempo para aposentadoria, para os quais a avaliação será realizada por entrevistas pelo médico e assistente social. A grande maioria dos benefícios relacionados à deficiência em órgãos do governo federal são baseados apenas em laudos médicos, remetendo ao modelo biomédico de entendimento da funcionalidade.

5.5 Quanto aos conteúdos avaliados

França

A avaliação pela equipe multiprofissional cobre todas as áreas que se venham a identificar como necessárias: acesso à educação, prestações sociais, procura de emprego, apoio no domicílio, atividades de vida diária, procura de uma solução residencial assistida, entre outras. Uma Escala-Guia contendo oito capítulos identifica os tipos de deficiências que podem estar presentes:

- I. Deficiências intelectuais e dificuldades comportamentais;
- II. Deficiências da psicológicas;
- III. Deficiências auditivas;
- IV. Deficiências de linguagem e fala;
- V. Deficiências da visão;
- VI. Deficiências gerais ou orgânicas;
- VII. Deficiências do sistema musculoesquelético
- VIII. Deficiências estéticas

A “escala guia” não define uma taxa de incapacidade fixa, mas indica os intervalos em que se situa essa taxa de incapacidade:

- Incapacidade leve: de 1 a 15%;
- Incapacidade moderada: de 20-45%;
- Incapacidade Grave: de 50 a 75%;
- Incapacidade muito grave: de 80 a 95%.

O GEVA, por sua vez, avalia as necessidades da pessoa conforme a estruturação a seguir:

- I. Família, situação social e rendimento
- II. Habitação
- III. Percurso de formação e percurso profissional
- IV. Componente médico
- V. Componente psicológico
- VI. Atividades, capacidades e funcionalidades (inclui limitações da atividade, restrições na participação social e barreiras do meio ambiente em 9 componentes):
 - Tarefas e requisitos gerais,
 - Relacionamento com terceiros;
 - Mobilidade e manipulação de objetos;
 - Aspirações e o ponto de vista pessoal;
 - Comunicação;
 - Vida doméstica e atividades da vida quotidiana;
 - Aprendizagem e aplicação do conhecimento;
 - Escolaridade e formação;
 - Trabalho.

- VII. Apoios que recebe
- VII. Síntese das necessidades.

Espanha

Os instrumentos básicos para avaliação são os 'baremos' que estimulam porcentagens de deficiência a partir de quantificações de comprometimento das funções fisiológicas e estruturas do corpo. Para algumas condições de saúde específicas, como a deficiência mental e outros transtornos psiquiátricos, a avaliação inclui algumas atividades e participações.

As atividades de vida diária constituem parte fundamental para a definição das conclusões quanto à categoria de deficiência. Entre as AVDs avaliadas estão: autocuidados, comunicação, atividades física, mobilidade e manipulação de objetos, atividades sensoriais, uso de meios de transporte, sexualidade, sono, participação social e lazer.

Todavia, os 'baremos' que sustentam a avaliação da funcionalidade na Espanha também consideram, desde a sua publicação inicial em 1997, a importância de fatores ambientais, nomeadamente: a família, o poder econômico familiar e despesas e as condições de habitação. Uma pequena colaboração dos fatores pessoais é expressa pela atribuição de pontuação para o grau de instrução e antecedentes culturais do indivíduo. Estes aspectos em particular já adiantam a percepção do modelo biopsicossocial na avaliação para funcionalidade das pessoas.

Comparação com o Brasil

Quando os benefícios relacionados à deficiência não têm instrumentos próprios de avaliação, no Brasil, o único critério de decisão para elegibilidade é o laudo médico e o diagnóstico, não havendo avaliação rotineira de atividades, participações ou o papel de fatores de contexto como facilitadores ou barreiras.

Todavia, para os benefícios que utilizam o iBPC ou o IF-BrA, a rotina de avaliação pericial incluirá obrigatoriamente a constatação de alterações das estruturas do corpo e das funções fisiológicas, de forma mais abrangente no iBPC, que

considera todos os capítulos de funções do corpo da CIF, enquanto o IF-BrA só considerada a visão e audição.

Os dois instrumentos de avaliação da funcionalidade mencionados concentram a sua atenção sobre a realização de atividades, principalmente aquelas relacionadas ao autocuidado, mobilidade, controle esfincteriano e resolução de problemas domésticos, levando em conta a participação de outras pessoas ou de tecnologia assistiva para graduar o comprometimento da funcionalidade.

Quanto aos fatores ambientais, o iBPC só se atem àqueles que têm papel de barreira, enquanto o IF-BrA verifica justamente o contrário, ou seja, como e, quanto as tecnologias, pessoas, atitudes e políticas ou sistemas sociais podem ajudar as pessoas a conseguirem realizar as atividades e participações de forma plena.

5.6 Quanto às conclusões da avaliação

França

As casas departamentais não se atêm à avaliação das PcD, pois têm como missão acolher, informar, acompanhar e aconselhar estas pessoas e suas famílias, bem como sensibilizar todos os cidadãos da sociedade para as questões da inclusão e da participação das pessoas com deficiência. São responsáveis pela elaboração um “Plano Personalizado de Compensação” (PPC), que elabora uma intervenção global (domicílio, apoio médico-social, benefícios), para todas as necessidades identificadas

As equipes determinam as taxas de incapacidade permanente, que deve variar entre 0 a 100%. Todavia, essas taxas de incapacidade não configuram uma única avaliação global da elegibilidade a um benefício, pois há outros que não requerem a determinação de uma taxa de incapacidade, mas sim outros tipos de avaliações. Desta forma, cada benefício pressupõe condições específicas de acesso. A decisão final sobre o acesso a todos os benefícios é realizada pela Comissão de Direitos e Autonomia das Pessoas com Deficiência (CDAPH).

Quando a “Escala – Guia” determina uma taxa de incapacidade menor de 50%, o conceito será de que as limitações identificadas não constituem entrave grave à sua participação e a pessoa só terá acesso a um “cartão de prioridade”, quando houver dificuldade em permanecer muito tempo de pé. Por outro lado, quando a taxa de incapacidade é situada entre 50% a 80%, mas a pessoa preserva algum grau de independência, novamente o cidadão só terá acesso ao “cartão de prioridade”, porém alguns outros componentes complementares das prestações sociais podem ser atribuídos. Se, contudo, as alterações nas estruturas ou funções do corpo forem significativas ou comprometerem totalmente a autonomia da pessoa nas suas atividades de vida diária a taxa de incapacidade será fixada na classificação superior a 80% e concedido o “cartão de incapacidade/invalidez” e acesso aos principais benefícios de compensação.

Espanha

A avaliação multiprofissional é focada na determinação da porcentagem de deficiência que utiliza os ‘baremos’ mencionados acima e estabelece as categorias descritas no quadro 15

Para a avaliação das limitações para as atividades e participações quando a condição clínica é o retardo mental, excepcionalmente, as regras são alteradas, pois a realização das atividades de vida diária é comprometida independentemente do grau de comprometimento cognitivo. Algumas outras condições de saúde também exigem correções dos ‘baremos’ que estão presentes a cada tabela de contabilização da funcionalidade. Quando coexistem duas ou mais condições incapacitantes na mesma pessoa podem ser somadas as porcentagens de limitação. A conclusão da avaliação realizada na Comunidade Autônoma tem validade em todo o país.

Comparação com o Brasil

No Brasil, a avaliação da funcionalidade só resulta na resposta de acesso ou não ao benefício pleiteado. Desta forma, ao final da aplicação do iBPC o requerente só terá como resposta o recebimento ou não do montante

financeiro regular a que pode ter direito, sem qualquer tipo de graduação do valor recebido conforme a gravidade do impacto da deficiência sobre a sua vida. O outro instrumento de avaliação da funcionalidade – IF-BrA – está relacionado à concessão de redução do tempo para aposentadoria e estabelece faixas de diminuição desse prazo conforme a pontuação obtida, de forma que as pessoas com maior grau de comprometimento da funcionalidade têm acesso a reduções maiores de tempo de trabalho até a aposentadoria.

O instrumento IF-Br foi concebido inicialmente para aplicação unificada de avaliação da funcionalidade para políticas de acessibilidade e igualdade de oportunidades para as PcD, independentemente da faixa etária ou tipo de deficiência. A sua adaptação para aplicação no contexto da LC142 excluiu uma parte importante do instrumento, que é regida pela lógica fuzzy e evita distorções relacionadas a soma de pequenas porcentagens de comprometimento. Além disso, a aplicação do IF-BrA impôs uma duplicação da avaliação, por médicos e assistentes sociais, que sobrecarrega o requerente que precisa responder às mesmas questões duas vezes e lhe toma o dobro do tempo desnecessariamente.

A avaliação da funcionalidade no Brasil não resulta num plano de atendimento às necessidades das pessoas, com o provisionamento de meios tecnológicos para capacitação às atividades e participações, ou o treinamento para inclusão escolar e laboral. De forma geral os benefícios propostos por esses instrumentos e práticas de avaliação da funcionalidade só têm por finalidade a compensação financeira e não a construção de meios viabilizadores para dignidade humana e participação social adequada.

NOTAS FINAIS

O presente Estudo enquadra-se num modelo de pensamento que considera a deficiência, não como um problema individual, próprio da pessoa, mas como um desafio a toda a sociedade.

A literatura científica fundamenta a teoria de que a estigmatização e o preconceito, têm sido, ao longo dos séculos, mesmo na modernidade e pós-modernidade, obstáculos que constituíram e constituem ainda uma clara limitação dos direitos humanos e da cidadania destas pessoas. Desta forma, em todos os países do mundo, mesmo nos mais desenvolvidos, grande a maioria das pessoas com deficiência continua a ser excluída de uma participação social digna, o que origina custos económicos e sociais acrescidos, quer para os próprios cidadãos e suas famílias, quer para as suas comunidades de pertença, quer para a sociedade em geral.

Embora se reconheçam grandes avanços nas últimas décadas, especialmente a partir do ano 2000, infelizmente, as políticas públicas ainda não são suficientemente capazes e adequadas para responder por completo a todas as necessidades e aspirações de cidadania das pessoas com deficiência.

Neste contexto, a temática da avaliação da deficiência apresenta uma relevância acrescida, considerando que compete à governação da sociedade determinar:

- quais as pessoas que deverão de ser consideradas como “pessoas com deficiência”, logo integradas no âmbito da responsabilidade das políticas públicas, podendo por isso aceder aos mecanismos de suporte da cidadania e dos direitos. Tal implica definir critérios, parâmetros e o limiar da elegibilidade para o efeito;
- quais os bens e serviços a disponibilizar para aumentar e otimizar a capacidade das pessoas, o seu potencial funcional;
- que prestações financeiras atribuir, se as capacidades desenvolvidas não forem suficientes para permitir o acesso aos padrões de vida considerados ajustados, de forma autónoma, pelo próprio.

- No âmbito das políticas públicas, um modelo de avaliação deverá ainda permitir identificar:
- quais as necessidades e aspirações particulares de cada pessoa;
- quais os serviços e apoios específicos para a satisfação plena dessas necessidades;
- quais os diversos tipos de redes de apoio a que essas pessoas podem recorrer;
- que apoios públicos atribuir, quando ajustado e quais os critérios para modelá-las frente aos rendimentos do trabalho (quando existem) ou outros.

A avaliação e o seu papel enquanto ferramenta primordial conducente acesso para apoios, serviços e benefícios, constitui-se assim como um ato com impactos determinantes na vida concreta das pessoas e na sua maior ou menor participação ou exclusão da sociedade.

Enquanto primeira nota de destaque, subjaz a constatação, de que, em praticamente todos os países estudados a temática da inclusão das pessoas com a deficiência tem vindo paulatinamente a evidenciar-se como uma área de intervenção política e técnica cada vez com mais presença e destaque nas diferentes sociedades.

No que concerne especificamente à avaliação da deficiência, tal como o devidamente explicitado no presente relatório, o diagnóstico atual da situação em cada país europeu aqui avaliado pode dividir-se em três segmentos de análise a que chamámos: i) a perspectiva ibérica; li) a perspectiva francófona e iii) a perspectiva nórdica e anglo-saxónica. Relativamente à perspectiva ibérica, Portugal, embora não o tivesse referido durante a apresentação, ainda não se encontra a rever o atual sistema de avaliação e certificação da deficiência que é eminentemente biomédico. A avaliação envolve apenas dois clínicos, sendo conferida uma taxa ou percentagem de incapacidade. A partir de 60% de incapacidade a pessoa pode aceder à maioria dos apoios e benefícios sociais. A Espanha, embora ainda aplique uma classificação essencialmente com base no modelo biomédico, introduziu as equipas multidisciplinares de avaliação e encontra-se já em fase final de desenvolvimento e apresentação

de um novo instrumento de avaliação com base na CIF. Salienta-se, no entanto, que, embora o novo instrumento espanhol se traduza num indicador composto com várias escalas e métricas, no final, apura-se uma percentagem de incapacidade, fato que se poderá considerar redutor face à expectativa criada.

Por outro lado, a França aplica um modelo misto, ou seja, dependendo do benefício social em concreto, será ou não aplicada uma escala de incapacidade. A França aproveitou o lançamento da sua nova prestação social para testar critérios de elegibilidade somente baseados nas necessidades e funcionalidade da pessoa em termos de atividades de vida diária e participação. Nestes termos é desvalorizado o enfoque nos atributos físicos, intelectuais ou psicológicos.

Os modelos mais vanguardistas na ótica da avaliação da deficiência foram apresentados pelos representantes do Reino Unido e da Dinamarca. Contrariamente aos casos português, espanhol e até francês, no Reino Unido e na Dinamarca existe uma maior liberdade dos municípios para o exercício, quer da avaliação de necessidades e funcionalidade, quer para a oferta de medidas compensatórias de apoio e/ou de vida independente.

Ocorrem também, avanços consideráveis quanto à avaliação da deficiência nos países da América Latina em direção dos critérios e instrumentos adequados ao modelo biopsicossocial da CIF, especialmente na Argentina, Chile, México, Colômbia e República Dominicana. Assim, enquanto alguns destes países começaram já a testar novos instrumentos de avaliação nesse âmbito, outros encontram-se ainda em fase de desenvolvimento ou de estudo.

Na América Latina, existe igualmente uma preocupação comum a todos os países estudados e que se prende com a criação de sistemas de certificação da deficiência, cuja informação possa ser transferida para um registro nacional das pessoas com deficiência. Esta abordagem difere um pouco do que se passa ao nível europeu, à exceção do caso da Espanha.

Em síntese: a deficiência, quando transformada num problema social assume-se como uma questão de políticas públicas. Esta premissa deverá encontrar-se muito presente na mente dos investigadores, técnicos e decisões, particularmente, quanto se concebe um novo modelo de avaliação

da deficiência. Assim, a escolha de um modelo e metodologia de avaliação da deficiência deverá ser coerente com o quadro das opções políticas do sistema em que se integra esse modelo. Daí a necessidade de se compreender com a clareza dos novos paradigmas o significado e a pertinência da avaliação na deficiência. Avaliar para quê e porquê?

Importa, pois, continuar a estudar e debater algumas questões pertinentes a este propósito, tais como: como avaliar sem rotular? Como avaliar sem estigmatizar? Dever-se-á conceber um instrumento composto, do qual se obtém uma percentagem ou valor global (caso de Espanha e do Brasil), ou aplicar vários instrumentos, formando um panorama multidimensional da funcionalidade, sendo que cada um responderá a um determinado acesso a apoios sociais (caso francês)? Será possível ou desejável incluir no mesmo instrumento e de forma integrada e coerente a avaliação das lesões e impedimentos corpóreos, da funcionalidade e das barreiras ou facilitadores ambientais? Para o acesso aos apoios públicos, será de todo necessário e obrigatório a pessoa se submeter a uma avaliação rígida de deficiência ou, aceitando um laudo médico como “porta de entrada” no sistema, bastará os Estados investirem sobretudo numa exaustiva avaliação das necessidades de apoio e restrições de participação (modelo dinamarquês)?

Um reconhecimento final ao Brasil e de uma forma especial, à Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, não só pela forma exemplar e competente como conduziram este projeto, como também, pela simpatia, disponibilidade e celeridade com que responderam a todas as dúvidas e questões que se foram colocando ao longo deste trabalho.

Ainda, a maior parte das políticas para as pessoas com deficiência volta-se para compensações financeiras e não para a oferta de possibilidades reais de integração: estudo inclusivo, meios de trabalho e de locomoção, ajuda para realização das atividades cotidianas, entre outros. Falta uma ação integrada que aglutine as intervenções para qualificar a experiência vivida pelas PcD a partir de um plano para a vida. Não deve ser necessário repetir a avaliação da funcionalidade a cada novo benefício solicitado, pois isso só multiplica o trabalho, custos e consumo de tempo e esforço dos candidatos. Ainda há aspectos que merecem avaliações mais precisas, pois os profissionais que efetuam as avaliações só se baseiam em relatos dos próprios candidatos,

sem verificar suas possibilidades em ambientes de teste, com a participação de outros profissionais mais habilitados para essas avaliações (terapeutas ocupacionais, pedagogos entre outros).

O recrutamento da mão de obra de avaliação pericial para o trabalho (INSS) para a avaliação de benefícios sociais é outra distorção que merece atenção, pois enquanto a primeira situação é permeada pelo sentimento de tentativa de burla e simulação, a segunda deve correr no sentido contrário, justamente de buscar o que deve ser feito para ajudar o requerente com deficiência e viabilizar que ela venha a ter uma capacidade mais integral, inclusive para o trabalho, se esse for o caso, mas não só para essa dimensão da vida.

Os instrumentos de avaliação da funcionalidade concedem visibilidade oficial à pessoa com deficiência e às suas necessidades. A partir dessa constatação passa a ser possível dimensionar a demanda social, estimar um orçamento e criar políticas baseadas em informações, para que não se despertem expectativas não satisfeitas e para que as medidas de suas implantações sejam efetivas e atendam às pessoas corretas.

ANEXO 1 A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA EUROPA E AMÉRICA LATINA (PERSPECTIVA COMPARADA)

A.1 A avaliação da deficiência na Europa

No que respeita às políticas públicas e modelos de avaliação da deficiência no continente europeu, o seminário contemplou apresentações de cinco países diferentes, todos eles signatários da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (França, Espanha, Portugal, Reino Unido e Dinamarca).

Embora em comum a todos os países representados subsistam aspectos a valorizar, como a existência de uma linguagem oficial em prol da inclusão e dos direitos humanos, sustentada no edifício jurídico de cada Estado, bem como a aposta em novas políticas públicas nesse âmbito, no que concerne concretamente à avaliação da deficiência encontraram-se diferentes abordagens e estádios de implementação.

Quanto ao enquadramento jurídico e desenho das políticas públicas de fundamentação inclusiva, evidenciou-se como um aspecto comum a todos os países a emergência de uma agenda neste sentido, cada vez mais transversal a todos os setores da sociedade. São exemplos, a Lei da igualdade de direitos, oportunidades, participação e cidadania das pessoas com deficiência (Lei n.º 2005-102, de 11 de fevereiro), francesa; a “Estratégia Nacional Espanhola para a Deficiência 2014-2020”; a nova legislação da escola inclusiva e dos modelos de vida independente, em Portugal; e as abordagens de apoio social individualizado, centrada na pessoa, ao nível da Dinamarca e Reino Unido. Por outro lado, todos os países têm vindo a investir no reforço de medidas que potenciem o emprego das pessoas com deficiência, seja através do estabelecimento de cotas, seja por incentivos fiscais, de adaptação de postos de trabalho e outros aos empregadores.

Do ponto de vista da prioridade política relativamente à área da deficiência, também se têm vindo a constatar avanços importantes, tais como a criação de secretarias de estado neste âmbito em países como França e Portugal.

Centrando agora o foco na avaliação da deficiência, dos casos apresentados no seminário, poder-se-á, eventualmente, sugerir uma divisão em três grupos: i) Perspectiva Ibérica (Espanha e Portugal) - aplicando atualmente uma classificação essencialmente com base no modelo biomédico, embora Espanha já se encontre a preparar um novo instrumento com base na CIF; ii) Perspectiva Francófona (França) – aplica já um modelo misto, ou seja, com e sem recurso a uma escala de incapacidade, dependendo do benefício social em concreto e iii) Modelos nórdico (Dinamarca) e anglo-saxônico (Reino Unido), em que o usufruto dos apoios não faz depender de uma avaliação de deficiência, mas das necessidades manifestadas pela pessoa. Ainda assim, o modelo nórdico consubstancie-se como o mais generoso do ponto de vista do acesso aos apoios.

Nas próximas linhas e deixando de lado os casos de França e de Espanha, já aqui devidamente caracterizados e de Portugal, que não abordou a temática da avaliação no seminário, destacaremos alguns aspectos interessantes referente aos modelos desenvolvidos na Dinamarca e Reino Unido.

Quer a Dinamarca, quer o Reino Unido não isolam a “deficiência” das restantes áreas de política que trabalham da “Igualdade e não discriminação”, razão pela qual os mais recentes normativos adotados não são exclusivos para as pessoas com deficiência, englobando vários setores.

Reino Unido

O Governo britânico aposta sobretudo na inclusão pelo emprego e estipulou como meta aumentar o número de pessoas com deficiência no mercado de trabalho em mais de um milhão até ao ano de 2027. Esta meta encontra-se contemplada no Livro Verde “Improving Lives: the Future of Work, Health and Disability” e envolve os sistemas de Segurança Social, Emprego e Saúde num esforço articulado.

Das Prestações e apoios existentes no Reino Unido e referidas no seminário, destacamos o “Subsídio para independência pessoal”. Este apoio financeiro visa apoiar os custos adicionais das pessoas com deficiência. A elegibilidade para o acesso à medida não resulta de uma avaliação de deficiência, mas

apenas de uma avaliação das necessidades de cada pessoa. A prestação inclui um componente para apoio da vida diária e para apoio na mobilidade com revisão dos valores em causa a cada 10 anos. O acesso a esta prestação é de cariz não contributivo e isento de impostos. Este apoio pode ser acumulável com outros benefícios existentes no âmbito da deficiência no Reino Unido.

O Reino Unido desenvolveu em 2008 uma nova metodologia especificamente quanto à Avaliação da Capacidade de Trabalho (WCA), a qual resultou de uma ampla consulta a médicos e outros especialistas, incluindo aos grupos representativos de pessoas com deficiência. Essa avaliação pode garantir ou não a elegibilidade para o acesso ao “Subsídio de Emprego e Apoio”.

Tal como se referiu no âmbito do “Subsídio para independência pessoal”, a avaliação da capacidade de trabalho é igualmente baseada na premissa de que a elegibilidade para os benefícios sociais não deve ser baseada na condição da pessoa, mas na forma como essa condição afeta sua capacidade. O WCA não tem por objetivo avaliar o que a pessoa não pode fazer, mas exatamente o contrário, ou seja, o que consegue fazer. A metodologia WCA, na prática, assemelha-se a um índice de funcionalidade, ou seja, considera o impacto das lesões das estruturas e funções fisiológicas ou das condição de saúde num conjunto de 10 atividades de vida diária e 2 atividades de mobilidade. Cada atividade compreende um número de descritores com diferentes níveis de pontuação. A avaliação é realizada por um médico e repete-se ciclicamente.

Como anteriormente se evidenciou, o acesso aos principais benefícios sociais no Reino Unido não carece de uma avaliação formal de deficiência, mas sim, da avaliação das necessidades da pessoa. A única exceção a esta regra, é, como vimos, a avaliação da capacidade para o trabalho, na qual foi implementada uma nova metodologia no ano de 2008 que privilegia a funcionalidade do individuo face à sua condição física/intelectual. O WCA determina se a pessoa está apta ou não para o trabalho independentemente de ter uma deficiência.

No Reino Unido não existe uma avaliação de deficiência para as crianças. Os apoios são concedidos a nível municipal através da apresentação de um atestado médico..

Dinamarca

A política dinamarquesa para a deficiência apoia-se nos princípios da Convenção e em quatro grandes pilares:

- I. Igualdade de oportunidades;
- II. Solidariedade;
- III. Compensação e
- IV. Responsabilidade setorial.

A “Lei dos Serviços Sociais” garante às pessoas com deficiência o acesso um conjunto vasto de serviços sociais com intuito de compensar as necessidades de apoio que decorrem da sua incapacidade. O objetivo passa por promover serviços que apoiem a pessoa de forma a melhor gerir a sua autonomia e vida quotidiana, contribuindo assim para a sua qualidade de vida.

Embora a legislação seja de abrangência nacional, a Dinamarca descentralizou nos municípios o apoio social, aplicando o princípio da subsidiariedade. Deste modo, o apoio às pessoas com deficiência é da competência das autoridades locais. Os municípios são igualmente responsáveis pela avaliação e decisão sobre os serviços e apoios específicos que cada pessoa, individualmente, deve ter direito, com base nas necessidades de ajuda identificadas.

A avaliação das necessidades efetuada em cada município da Dinamarca é baseada no método de “abordagem das políticas centradas na pessoa”. Todos os apoios e serviços disponibilizados são gratuitos. As autarquias, são, desta forma, obrigadas a apoiar quem necessita e proporcionar os serviços adequados a cada pessoa, embora o possam fazer de maneiras diferentes. São exemplos destes serviços:

- I. Ajuda pessoal e serviços de cuidados pessoais (promovidos por instituições);
- II. Assistência pessoal controlada pela pessoa com deficiência;
- III. Atendimento e acompanhamento social;
- IV. Prestação social monetária para compensar custos extras;
- V. Apoio para desenvolvimento de competências;

- VI. Emprego apoiado;
- VII. Produtos de apoio e ajudas técnicas;
- VIII. Apoio monetário para compra de viatura;
- IX. Adaptações na residência e
- X. Acomodações especiais.

Tal como se observou para a maioria das situações no Reino Unido, a avaliação da deficiência na Dinamarca é realizada sobretudo no âmbito das necessidades de cada pessoa. Tal inclui igualmente uma avaliação da residência e dos contextos sociais onde se inclui.

A metodologia de avaliação é estruturada em 3 grandes áreas: i) integralidade e deficiências do corpo); ii) participação e iii) barreiras. O aspecto ligado à integralidade do corpo observa, através de critérios objetivos, a redução da funcionalidade do corpo, quer a nível físico, quer mental, e quais as consequências dessas limitações sobre a autonomia e vida diária. Quanto à participação, é avaliado de que forma a funcionalidade da pessoa influi na sua participação na sociedade. As barreiras são identificados entre todos os fatores ambientais que podem interferir sobre a vida quotidiana. A metodologia de avaliação segue regras de pontuação, mas tal não é determinante uma vez que o resultado final da classificação é sobretudo qualitativo.

Embora, como se referiu, cada governo local (autárquico) centralize a avaliação, existe uma corresponsabilização de todos os setores envolvidos (educação, saúde, segurança social, emprego, transportes, etc).

Por norma, e uma vez mais como se descreveu para o Reino Unido, o diagnóstico médico, por si só, não dá acesso aos serviços. A avaliação de necessidades é realizada por uma equipe de assistentes sociais. Pretende-se que a avaliação seja o mais holística possível, devendo os apoios propostos compensar a desvantagem das pessoas. Para cada caso poderá ser atribuído um conjunto de apoios diferentes. Findo o processo de avaliação, as autoridades locais propõem um plano de ação amplo, envolvendo todos os setores, sob coordenação dos municípios. Se a pessoa com deficiência não concordar com a avaliação efetuada e com os serviços propostos, poderá recorrer para uma comissão de recursos nacional. Sendo comprovadas falhas na atribuição dos apoios, o município pode ser multado. .

A.2 A avaliação da deficiência na América Latina

No que respeita às políticas públicas e modelos de avaliação da deficiência na América latina, o seminário contemplou apresentações de cinco países diferentes, também signatários da Convenção (Argentina, Chile, México, Colômbia e República Dominicana).

Tal como se observou ao nível das apresentações anteriores, todos os países da América Latina representados no seminário têm vindo a evoluir para uma abordagem mais consentânea com a inclusão e com os direitos humanos das pessoas com deficiência.

Enquanto aspectos comuns a valorizar em praticamente todos os países, observa-se, desde logo, a vontade inquestionável que transmitiram na criação e/ou aprofundamento de um sistema de avaliação da deficiência unificado, baseado no modelo biopsicossocial da CIF. Por outro lado, transparece igualmente uma preocupação unânime em criar um sistema de certificação da deficiência que “alimente” uma base de dados nacional, que a maioria dos palestrantes apelidou de “Registro Nacional das Pessoas com Deficiência”. Uma das vantagens elencada para tal, prende-se com necessidade de encontrar um meio fiável e harmonizado que valide a elegibilidade das pessoas com deficiência para o acesso aos benefícios e medidas de apoio existentes em cada país.

Por último, apresenta-se igualmente como uma preocupação comum a necessidade de coleta de informação administrativa e estatística regular que permita uma melhor compreensão do fenómeno multidimensional que representa a deficiência em cada país.

Concretamente, no que respeita à avaliação da deficiência, observa-se um dinamismo assinalável, embora muito recente, que se traduziu no investimento em modelos e instrumentos de avaliação psicossocial. Neste contexto, a Argentina, o Chile, o México e a Colômbia, ou iniciaram esse processo no ano de 2018, ou encontram-se atualmente a estudar a melhor forma como o irão desenvolver e implementar. No caso da República Dominicana, por enquanto o sistema de avaliação só abrande o regime contributivo.

Destacaremos de seguida, embora de forma muito sintética, os aspectos mais relevantes sobre a avaliação da deficiência observados em cada um dos cinco países da América Latina participantes no Seminário de Brasília.¹¹

Argentina

Na Argentina existe um histórico de avaliação da deficiência desde o ano de 1956. Este início precoce no que respeita a avaliações neste âmbito deveu-se sobretudo à epidemia de poliomielite que deflagrou no país por essa altura. Em termos de evolução cronológica, em 1969 foi instituído o primeiro serviço de reabilitação e em 1981 criado um sistema nacional de apoio às pessoas com deficiência. No ano de 1997 foi promulgada a lei que criou o sistema de prestações básicas em habilitação e reabilitação integral a favor das pessoas com deficiência e em 2001 foi criada a Lei 25.504 com objetivo de garantir o ampliamiento do sistema de proteção integral a este público-alvo.

No ano de 2009 foi aprovado e criado pelo Ministério da Saúde o “Certificado Único de Deficiência” e o protocolo de avaliação da deficiência (Resolução 675/09). O sistema foi implementado na totalidade das 24 províncias argentinas, por meio de 440 juntas de avaliação descentralizadas e comissões de auditoria. Ao governo federal cabe o papel de supervisionar o sistema, uniformizando procedimentos e acompanhando os desenvolvimentos a este nível.

Segundo a representante da Argentina no seminário de Brasília, atualmente, a certificação da deficiência nesse país tem um enfoque biopsicossocial. O processo de certificação combina um componente de avaliação no âmbito da funcionalidade baseado na CIF com uma definição do diagnóstico nosológico que utiliza a CID. A condição de saúde do indivíduo (CID) representa ainda a sua “porta de entrada” no sistema, contudo a avaliação da funcionalidade tem igualmente um peso muito significativo na certificação da deficiência.

Esta transição para uma avaliação biopsicossocial da deficiência é muito recente. Desta forma, a introdução no protocolo de certificação de um novo instrumento baseado na CIF, com base na dependência/independência e identificação dos fatores contextuais desfavoráveis, só se iniciou neste ano

11. Exceção óbvia para o caso do Brasil já aqui tratado.

de 2018. Os profissionais das juntas de avaliação vem sendo treinados para esta nova abordagem.

As juntas de avaliação são compostas por equipes multiprofissionais, que integram normalmente um médico, um assistente social e um psicólogo. A partir dos 6 anos de idade os certificados são válidos por um período de 10 anos, após o qual são necessariamente revistos.

Tal como acontece na maioria dos países, a certificação é um processo voluntário. Os cidadãos argentinos certificados como “pessoas com deficiência” integrarão uma futura base de dados nacional, coordenada e administrada pelo Instituto Nacional de Estatística da Argentina.

O acesso dos cidadãos com deficiência aos apoios e serviços públicos implica encontrarem-se registados na referida base de dados nacional (Registro Nacional das Pessoas com Deficiência). Na maioria das vezes a avaliação e certificação não implica a obtenção de uma percentagem de incapacidade.

Atualmente, cerca de um milhão de argentinos com deficiência encontram-se certificados. Pelo fato da certificação ser um ato voluntário, o governo admite que nem todas as pessoas com deficiência residentes no país se encontram registradas.

Para as entidades argentinas este registro das pessoas com deficiência facilita a investigação científica nesta área, bem como permite ajudar a desenhar políticas públicas mais adequadas à realidade e situação econômica e social das pessoas.

Chile

O Chile avalia a deficiência desde o ano de 1984, embora esse processo tenha vindo a evoluir e atualmente utilizem para o efeito instrumentos baseados no modelo biopsicossocial, operacionalizado pela CIF.

No ano de 2008 o Chile ratificou a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2010 é publicada a Lei 20.442, que estabelece as normas sobre igualdade de oportunidades e inclusão social de pessoas

com deficiência e em 2015 é realizado um inquérito nacional à deficiência segundo os critérios dos direitos humanos (ENDISC II). Por último, no ano de 2016, o Chile aprovou o Plano Nacional para a deficiência 2016-2026.

A avaliação/qualificação da deficiência no Chile é um processo clínico e técnico de caracterização multidimensional que incorpora os aspectos biológicos/estruturais da pessoa, aspectos da sua funcionalidade e uma avaliação psicológica e da participação social.

A avaliação e qualificação da deficiência no Chile são realizadas através das “Comissões de Medicina Preventiva e Invalidez” (COMPIN) sob a tutela do Ministério da Saúde, que atuam de forma descentralizada através de instituições públicas e privadas reconhecidas para esse fim. As comissões são interdisciplinares, integrando profissionais de várias áreas como psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, educadores do ensino especial, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Sempre que necessário e dependendo de cada caso podem ser incluídos outros profissionais de especialidades diversas.

A qualificação e a certificação da deficiência pode ser requerida a pedido do interessado ou das pessoas ou entidades que detêm a sua tutela.

A qualificação e avaliação da deficiência no Chile são realizadas, tal como o anteriormente referido, com base em instrumentos e critérios incluídos nas classificações internacionais aprovadas pela Organização Mundial da Saúde.

A metodologia é implementada uniformemente em todo o território nacional. De forma a assegurar a harmonização da aplicação da metodologia de avaliação, o Ministério da Saúde do Chile emitiu uma Resolução e um conjunto de protocolos e instruções técnicas, as quais permitam uniformizar os instrumentos e critérios de avaliação em todo o país.

No âmbito da qualificação/avaliação são aplicados o IDES - Índice de Desempenho e o IDIS - Índice de Incapacidade. Com base no IDIS é calculada uma percentagem de incapacidade. No Chile considera-se que a pessoa tem uma deficiência se tiver uma percentagem de incapacidade igual ou superior a 5%. Caso exista uma discordância com a classificação/avaliação atribuída, é garantido o direito de recurso. A reclassificação não pode ser solicitada mais

de uma vez em cada ano civil, a menos que essa solicitação seja baseada em fatos novos não vinculados às circunstâncias que levaram à qualificação anterior.

Fazem parte integrante do processo de qualificação da deficiência três tipos principais de Relatórios: i) Relatório Biomédico Funcional; ii) Relatório Social e Redes de Apoio e o iii) Relatório de Desempenho. Ao final do procedimento de qualificação/avaliação da deficiência, o processo transita para o registro civil, a fim de se proceder à certificação. Neste âmbito, foi criado o Registro Nacional da Deficiência. Apenas as pessoas inscritas neste registro são elegíveis para os apoios e benefícios para pessoas com deficiência existentes no Chile.

Com base no estudo realizado em 2015 apenas 11% das pessoas com deficiência estavam inscritas no registro nacional. O fato da esmagadora maioria das pessoas com deficiência não se encontrar registrada por ser explicado não só pela complexidade burocrática e morosidade do processo, como também pelo fato dos benefícios atualmente em vigor serem muito pouco atrativos.

México

A apresentação do México no Seminário Internacional de Brasília centrou-se essencialmente no novo modelo de avaliação da deficiência, o qual encontra-se ainda em fase de desenvolvimento.

No ano de 2014, o México efetuou um grande estudo nacional por amostragem que apurou não só a prevalência como também caracterizou a população com deficiência. Os conceitos e questões foram adequados à CIF. Tal como noutros países sul-americanos e europeus, devido ao envelhecimento demográfico, a variável “idade” surge com um peso acrescido na caracterização da deficiência/incapacidade no México.

O México ainda não dispõe sistema de avaliação/certificação da deficiência. Contudo, encontram-se em fase avançada os trabalhos de finalização de um instrumento compósito que possibilite combinar algumas questões do “Washington Group” da ONU, com outras mais específicas sobre deficiência.

Partilhando da abordagem do Chile, o México pretende igualmente vir a criar um Registro Nacional de Pessoas com Deficiência.

O instrumento para coleta da informação irá contemplar um conjunto vasto de variáveis. Além da caracterização e avaliação das estruturas e funções do corpo, funcionalidade (atividades de vida diária e participação) e contexto ambiental (barreiras e oportunidades), vai ser possível recolher também informação sobre o percurso educacional e profissional da pessoa e sua interação com os sistemas de saúde e programas de apoio social existentes no México.

Em termos legislativos, a obrigatoriedade de se proceder a uma classificação/certificação da deficiência, bem como a criação de uma base de dados nacional neste âmbito apenas integrou os normativos do país a partir de em 12 de julho do ano de 2018. Tal ficou a dever-se à aprovação de um novo Decreto que introduz alterações na Lei Geral de Saúde, Lei Geral de Inclusão das Pessoas com Deficiência e Lei Geral da População.

No que respeita à Lei Geral de Saúde, foi introduzida a emenda de que a emissão de um “Certificado de Incapacidade” para fins de Registro Nacional de População com Deficiência, será realizada por profissionais médicos ou por pessoas autorizadas pelas autoridades de saúde. Os menores com deficiências congênicas ou genéticas serão também incluídos num Registro de Menores.

A Lei Geral de Inclusão das Pessoas com Deficiência do México, estabelece igualmente, desde julho de 2018, a garantia e obrigatoriedade da introdução da variável “deficiência”, nos registros administrativos setoriais, bem como nos Censos e noutros inquéritos nacionais de grande dimensão. Em complemento ao exposto, o Conselho Nacional para o Desenvolvimento e Inclusão das Pessoas com Deficiência (CONADIS) já tinha iniciado, em 2017 uma estratégia para a identificação de pessoas com deficiência no México pela via administrativa. Deste modo, foi aplicado aos beneficiários de programas sociais e usuários do serviço de saúde um questionário com uma bateria de questões alinhadas com o preconizado pelo Grupo Washington.

A Lei Geral de população veio também introduzir a “condição de incapacidade” no âmbito do Registro Nacional da População do México.

Acresce ao exposto a iniciativa levada a efeito pelo governo federal no âmbito

do 10º aniversário da entrada em vigor no México da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Neste particular, o governo tomou a iniciativa de contabilizar e caracterizar as pessoas com deficiência empregadas na Administração Pública Federal. Até o momento, foram identificadas cerca de 6 mil pessoas nestas circunstâncias.

No seguimento da aprovação do Decreto anteriormente referido, foi criado um Comitê Técnico Especializado sobre Deficiência (CTEID), que desenvolverá as seguintes atividades:

Até ao primeiro semestre de 2019:

- Propor alterações ao atual Certificado de Nascimento e Incapacidade;
- Considerar a viabilidade de implementar uma versão eletrônica do Certificado de Deficiência

A partir do segundo semestre de 2019:

- Iniciar os trabalhos conducentes à operacionalização do Registro Nacional das Pessoas com deficiência.

A variável “deficiência” irá integrar os próximos censos 2020.

Colômbia

A Lei 1145, de 2007, instituiu o Sistema Nacional de Incapacidade/Deficiência na Colômbia. A referida legislação consagrou o direito das pessoas com deficiência a tomar decisões, individualmente, bem como, planejarem e controlarem as suas vidas na plenitude.

As prioridades políticas do Governo da Colômbia no âmbito da deficiência podem estruturar-se em 5 eixos: Eixo i) Transformação ao nível do sistema público: i.1) gestão pública; i.2) gestão da informação e i.3) gestão normativa); Eixo ii) garantia jurídica: ii.1) acesso à justiça; ii.2) igual reconhecimento e tratamento da pessoa perante a lei; ii.3) exercício da cidadania; Eixo iii) participação na vida política e pública; iii.1) exercício da cidadania e iii.2) fortalecimento do movimento associativo; Eixo iv) desenvolvimento da

capacidade: iv.3) educação; iv.2) saúde; iv.3) inclusão / reabilitação; iv.4) inclusão laboral e produtiva; iv.5) turismo; iv.6) lazer, atividade física e desporto; iv.7) cultura; iv.8) proteção social; Eixo V) reconhecimento da diversidade: v.1) igualdade e não discriminação; v.2) acessibilidade e desenho universal.

O Sistema Nacional de Incapacidade/Deficiência (SDI) da Colômbia visa estruturar as políticas e toda a intervenção neste plano de forma descentralizada e disseminado pelo território nacional em vários níveis de atuação. A estrutura de comando e coordenação nacional é da responsabilidade do Ministério do Interior, com a participação simultânea de comitês municipais e locais de deficiência.

No que respeita à avaliação e certificação da deficiência, a Colômbia fez aprovar muito recentemente a Resolução 583, de 2018, que regulamenta a certificação da deficiência e o Registro de localização e de caracterização destas pessoas. No sentido de operacionalizar a Resolução 583, foi elaborado o “Manual Técnico de Certificação e Registro da Deficiência”.

A Resolução 583 concebe que a Certificação de Deficiência “é um procedimento de avaliação clínica, multidisciplinar, baseada na CIF, que identifica as deficiências físicas, incluindo as psicológicas, as limitações na atividade e as restrições na participação, cujos resultados são expressos no certificado correspondente, e eles são parte integrante do RLCPD – Registro de Localização e Certificação de Pessoas com Deficiência”.

A avaliação é realizada por uma equipe multidisciplinar composta por um médico de clínica geral, um especialista na área da deficiência e por outros técnicos como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos especialista na fala e audição, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

A avaliação/certificação da deficiência na Colômbia baseia-se em três fases distintas: i) identificação de deficiências corporais; ii) valoração das limitações nas atividades e restrições à participação; iii) fatores ambientais e pessoais.

No que respeita à fase de identificação de deficiências corporais, a metodologia de avaliação passa pela não só pela revisão da história clínica da pessoa, como pela aplicação de um instrumento integrado contendo códigos e classificadores da CIF e CID10.

Ao nível da valoração das limitações nas atividades e restrições à participação, é realizada uma entrevista estruturada na qual é aplicado um segundo instrumento com intuito de medir o perfil de funcionalidade da pessoa com base na CIF. Ainda nesta fase são avaliadas e valoradas as limitações e restrições identificadas por faixa etária. A avaliação dos fatores ambientais e pessoais é igualmente realizada com recurso a uma entrevista estruturada. Nessa entrevista procura-se obter informação sobre o contexto habitacional, social, etc em que a pessoa se insere. Todos estes instrumentos, incluindo as perguntas e escalas métricas utilizadas encontram-se devidamente aprofundadas no âmbito do “Manual Técnico de Certificação e Registro da Deficiência”, que pode ser consultado online.

Terminada a fase de avaliação as pessoas com deficiência passam a integrar o RLCPD – Registro de Localização e Certificação de Pessoas com Deficiência.

República Dominicana

Na República Dominicana a coordenação de políticas em matéria de deficiência encontra-se centralizada no Conselho Nacional de Incapacidade (CONADIS), organismo que depende diretamente da Presidência da República. Contudo, o estatuto jurídico desta entidade evoluiu recentemente, tornando-se atualmente uma instituição autônoma e descentralizada, com personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, financeira e técnica.

A “Lei 5-2013, sobre deficiência na República Dominicana”, no âmbito do seu artigo 8.º, previu a criação do Sistema Nacional de Avaliação e de Certificação e Registro Contínuo da Incapacidade.

Em virtude da promulgação desta legislação, todos os sistemas de identificação de pessoas com deficiência, dispersos por vários setores do país, tenderão a ser unificados, porém essa unificação encontra-se ainda em fase de estudo.

Atualmente, a avaliação da deficiência apenas se aplica para o regime contributivo, sendo atribuída em percentagem de incapacidade/deficiência. A regra de avaliação é tripartida, numa escala de 0-100 com a seguinte divisão:

- Deficiência anatômica-funcional - 60%
- Incapacidade para o trabalho - 30%
- Desempenho de AVD - 10%

A “porta de entrada” no sistema é recorrentemente pela via da saúde/doença comum ou por acidente de trabalho. O processo de avaliação ocorre em 60 dias. O novo instrumento de avaliação, embora apenas aplicado ao Regime Contributivo, será baseado na CIF. Este instrumento foca-se essencialmente nas áreas da funcionalidade e desempenho. A avaliação é realizada por comissões formadas por médicos fisiatras e psicólogos quer a nível nacional, quer regional. Como a avaliação atualmente em vigor apenas se aplica aos beneficiários do sistema contributivo, o instrumento de valorização não está adaptado para ser utilizado em crianças

Além da proteção social que é garantida via Sistema Contributivo, a República Dominicana detém igualmente apoios para as pessoas em situação de pobreza aos quais também podem recorrer quaisquer pessoas, inclusive aquelas com deficiência.

A.3 A avaliação da deficiência na Europa e América latina – Tabela síntese comparativa

Por forma a melhor se compreender, comparativamente, as semelhanças e diferenças entre os vários modelos de avaliação da deficiência abordados ao longo desta publicação, procurou-se sistematizar a informação recolhida na tabela seguinte.

À exceção dos casos de França, Espanha e Brasil, a informação constante na tabela foi construída essencialmente com base nas apresentações realizadas no seminário de Brasília. Tendo em consideração o exposto, não se conseguiu apurar com exatidão todas as informações pretendidas, pelo que, em caso de dúvida foi colocado um “ponto de interrogação” no campo correspondente.

Quadro 21 – Comparação dos modelos e características da avaliação da deficiência nos países estudados

País	Modelo de avaliação da deficiência (atual)	Tipo de avaliação (atual)	Quem avalia	Modelo de avaliação da deficiência previsto no futuro	Quem passa a avaliar (modelo previsto)	Determinação de % de incapacidade / deficiência	Modelo de operacionalização	Registro Nacional de Pessoas com Deficiência?
Espanha	Biomédico	Instrumentos e grelhas estandarizadas para todo o país	Equipes multidisciplinares	Biopsicossocial (Novos instrumentos e escalas)	Equipes multidisciplinares	Sim	Regiões autônomas e municípios	Sim. Emissão de Cartão de pessoa com deficiência
Portugal	Biomédico	Instrumento único para todo o país	Juntas médicas (2 médicos)	?	?	Sim	Delegações de saúde (conselhos)	Não, embora se emitam certificados de incapacidade
França	Misto (depende do apoio)	Instrumentos e grelhas estandarizadas para todo o país	Equipes multidisciplinares	Misto	Equipes multidisciplinares	Sim, mas só para algumas situações	Casas Departamentais (Distritos)	Não, embora se emitam Cartão de pessoa com deficiência
Reino Unido	Biopsicossocial centrado na funcionalidade (Centrado na deficiência apenas para avaliação da incapacidade para o trabalho)	Avaliação qualitativa de acordo com as necessidades da pessoa	Municípios e serviços públicos sectoriais descentralizados	Avaliação qualitativa de acordo com as necessidades da pessoa	Técnicos dos serviços locais de educação, saúde, segurança social e emprego	Não	Municípios e serviços públicos sectoriais descentralizados	Não
Dinamarca	Biopsicossocial avaliação sobretudo qualitativa. Foco na funcionalidade e participação	Avaliação de acordo com as necessidades de apoio da pessoa	Equipa de assistentes sociais da autarquia	Avaliação de acordo com as necessidades de apoio da pessoa	Equipa de assistentes sociais da autarquia	Não	Equipas dos Municípios em articulação com os setores (educação, saúde, segurança social, emprego, etc)	Não

Pais	Modelo de avaliação da deficiência (atual)	Tipo de avaliação (atual)	Quem avalia	Modelo de avaliação da deficiência previsto no futuro	Quem passa a avaliar (modelo previsto)	Determinação de % de incapacidade / deficiência	Modelo de operacionalização	Registro Nacional de Pessoas com Deficiência?
Brasil	Misto (biopsicossocial para a aposentadoria)	Instrumento único para todo o país	Equipa médicas	Biopsicossocial (IFBrM)	Equipas multidisciplinares	Não	Descentralizado	?
Argentina	Misto (biopsicossocial e biomédico)	Instrumentos e grelhas estandarizadas para todo o país	Juntas de avaliação (equipas multidisciplinares)	Biopsicossocial (novo instrumento em estudo)	Juntas de avaliação (equipas multidisciplinares)	Sim	Descentralizado, pelas 24 províncias (440 juntas)	Sim, mas só uma pequena percentagem de pessoas com deficiência encontra-se registrada
Chile	Misto (biopsicossocial e biomédico)	Aplicação do IDES - Índice de Desempenho e do IDIS - Índice de Incapacidade	Comissões de Medicina Preventiva e Invalidez - interdisciplinares (COMPIN)	Misto (biopsicossocial e biomédico)	Comissões de Medicina Preventiva e Invalidez - interdisciplinares (COMPIN)	Sim, no caso da aplicação do IDIS	Descentralizado, através das COMPIN de base territorial	Sim, mas só uma pequena percentagem de pessoas com deficiência encontra-se registrada
México	Biomédico	Avaliação médica (s/informação sobre instrumentos)	Unidades básicas de reabilitação	Misto CIF + CID	Equipas multidisciplinares	?	Descentralizado (Unidades Básicas de Reabilitação e outras estruturas)	Sim, embora ainda não se encontre ainda em fase de desenvolvimento
Colômbia	Biomédico	Avaliação médica (s/informação sobre instrumentos)	Centros de saúde	Biopsicossocial - CIF	Entidades promotoras de saúde (EPS) Equipas multidisciplinares	?	Descentralizado (EPS)	Sim, Registro de Localização e Certificação de pessoas com Deficiência
República Dominicana	Mista (apenas regime contributivo)	Instrumento único para todo o país (Deficiência anatómica - funcional, incapacidade para o trabalho e desempenho de ADV)	Comissões médicas regionais	Em fase de estudo um novo sistema único de avaliação da deficiência	Comissões médicas regionais	Sim	Descentralizado Comissões médicas regionais	?



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E NORMATIVAS

ABBAS, J. (2003). Disability and the Dimensions of Work. Toronto: University of Toronto, 2003. Thesis for the degree of Master of Arts.

BARBOSA, Livia (2018, outubro). Construção de um Instrumento de Avaliação da Deficiência: Experiência Brasileira. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

BARBOSA MM, Silva e Silva MO. O Benefício de Prestação Continuada - BPC: desvendando suas contradições e significados. Ser Social 2003; 12: 221-244.

BARNES, C (1999). A legacy of oppression: a history of disability in western culture. In BARTON, L. (ed.) – Disability, Past, Present and Future. Leeds, The Disability Press.

BIANCHETTI, L. (1998). Aspectos históricos da apreensão e da educação dos considerados deficientes, in Lucídio Bianchetti e Ida Gameiro (org.), Um olhar sobre a diferença. Interação, trabalho e cidadania, São Paulo, Papyrus, pp. 21-51.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2000). Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. In <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/normativa/097360.pdf>.

BOSTAN C, Oberhauser C, Stucki G et al. Which environmental factors are associated with lived health when controlling for biological health? - a multilevel analysis. BMC Public Health 2015;15:508.

BRASIL. Decreto 3298 de 20 de dezembro de 1999. 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.

BRASIL. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

BRASIL. Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. Brasília, 2007.

BRASIL. Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasi, 2007.

BRASIL. Decreto nº.6949, 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 2009;26 ago.

BRASIL. Decreto n. 7.617, de 17 de novembro de 2011. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. Brasil, 2011

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 no Regime Geral de Previdência Social – RGPS. Diário Oficial da União; 9 maio.

BRASIL. A Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/ SEDH/MP nº 1, de 27/01/2014. Aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo, para os efeitos do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Diário Oficial da União 2014; 28 jan.

BRASIL. Lei nº. 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão. Diário Oficial da União 2015;7 jul.

BRASIL. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. 3ª ed. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público. Brasília 2017.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (2015). Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). In <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13146-6-julho-2015-781174-norma-pl.html>

CAPUCHA, Luís (2010). Inovação e Justiça Social: Políticas Activas Para a Inclusão Educativa, Sociologia, Problemas e Práticas, 63, pp. 25-50.

CAPUCHA, Luís & NOGUEIRA, José Miguel (2014). Educação Especial em Portugal, os últimos 40 anos, in RODRIGUES, Maria de Lurdes (Cord), 40 anos de Políticas de Educação em Portugal, Volume 1 – A Construção do Sistema Democrático de Ensino, Almedina, Coimbra.

CIEZA A, Oberhauser C, Bikenbach J et al. Toward a minimal generic set of domains of functioning and health. BMC Public Health 2014;14:218.

CNSA (2017). Accès à l'aide humaine : élément 1 de la prestation de compensation du handicap - Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_guide_pch_aide_humaine_mars2017.pdf.

CNSA (2013). Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées. In http://autisme-poitoucharentes.fr/sites/autisme-poitoucharentes.fr/files/atoms/files/cnsa-guide_eligibilite_pour_les_mdph.pdf

CNSA (2017). Synthèse des rapports d'activité des MDPH 2016 - Commission aide à la personne In https://www.cnsa.fr/documentation/synthesera_mdph.pdf.

CONSELHO DA EUROPA (2006). Recomendação Rec(2006)5 do Comité de Ministros aos Estados Membros - Plano de Ação do Conselho da Europa para

se promover os direitos das pessoas com deficiências/incapacidades e a sua total participação na sociedade: melhorando a sua qualidade de Vida na Europa de 2006-2015.

CORTÉS AVILÉS, Mónica (2018, outubro). Sistema Nacional de Discapacidad – SND. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

COSTA, Orlando (2018, outubro). Prestação Social de Inclusão, Modelo de Apoio à Vida Independente e Educação Inclusiva. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

DGPAD (2014., Plan De Acción de La Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020. In http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4514/PlandeAcci%C3%B3nEED_online.pdf?sequence=1.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2004). Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, in <http://arquivo.eses.ips.pt/eses/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>

ERIKSEN, Mie (2018, outubro). Plan of action, evaluation and follow-up in Denmark. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

FOUCAULT, M. (1991). História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Editora Perspectiva.

FRANZOI AC, Xerez DR, Blanco M et al. Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro – IF-Br. Acta Fisiátr 2013;20(3):164-178.

GONÇALVES, João & NOGUEIRA, José Miguel (2013). O Emprego das Pessoas com Deficiência, Uma Abordagem pela Igualdade de Oportunidades, GEP-MSESS, Lisboa (policopiado).

INE.ES (2009). Panorámica de la discapacidad en España - Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. In <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>.

JEREZ, Estefani (2018, outubro). Sistema Nacional de Valoración de la Discapacidad. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE (2004). Décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au code de l'action sociale et des familles - Annexe au décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 - Annexe 2-4 (guide barème). In http://v2.handi-social.fr/wa_files/gb_2004.pdf.

LOZA, Alicia (2018, outubro). La Discapacidad en México. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

LOIDL V, Oberhauser C, Ballert C et al. Which environmental factors have the highest impact on the performance of people experiencing difficulties in capacity? *Int J Environm Res Public Health* 2016;13:416.

MACEDO AC, Oliveira LC. Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social. *R Katál* 2015;18(1):32-40.

MEMEL D. Assessing functioning is important. *Br J Gen Pract* 2008;58(557):835-836.

NOGUEIRA, José Miguel, et al (2013). A Qualidade de Vida das Famílias com Crianças/Jovens com Perturbação do Espectro do Autismo a Residir no Distrito de Setúbal, APPDA-Setúbal, Setúbal.

NOGUEIRA, José Miguel & RIBERTO, Marcelo (2018, outubro). Comparativo dos Sistemas de Avaliação da Deficiência Brasil, Espanha e França. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

OLIVIER, M (1990). *The Politics of Disablement*, Basingstoke Macmillans.

OLIVIER, M (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. London: Macmillan.

PEREIRA EL, Barbosa L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/201. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(10):3017-3026.

PINELLA, Olga (2018, outubro). Sistema de Valoración y Certificación de la Discapacidad en Argentina. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

PINTO, Sebastian (2018, outubro). Evaluación y Certificación de la Discapacidad. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

PRODINGER B, Reinhard J, Selb M et al. Toward system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice: developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF generic and rehabilitation set. *J Rehabil Med* 2016; 48:508-514.

RIBERTO Marcelo, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2001;8(1):45-52.

RIBERTO Marcelo, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2004;11(2):72-76.

RIBERTO Marcelo. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm* 2011;64(5):938-946.

RUSSEL, Matt (2018, outubro). Disability and the Welfare System in the UK. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

SALVADO, Ana (2008). Proteção Social na Deficiência Em Portugal (1962 – 2007): Evolução do Quadro Normativo, Significados E Percursos – Tese de Mestrado, ISEG, Lisboa.

SANTIAGO, Susana (2018, outubro). La Evaluación de la Discapacidad en España. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Sobre Avaliação da Deficiência, Brasília.

SANTOS, Wederson (2016). Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Act. Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3007-3015.

SHIELS C, Gabbay MB, Ford FM. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *Br J Gen Pract* 2008;54(499):86-91.

SOUSA, Jerónimo et al (2007). *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades*, CRPG, Vila Nova de Gaia.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (2018 – documento de trabalho – 4.º versão). *Manual de Aplicação – Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBRM)*.

UNITED NATIONS - *Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics – 2001*

ÜSTUM B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the *Journal of Rehabilitation Medicine* special supplement of ICF core sets. *J Rehabil Med* 2004;44:7-8.

VEIGA, Carlos (2006), *As Regras e as Práticas: fatores organizacionais e transformações na política de reabilitação profissional das pessoas com deficiência*, Lisboa, SNRIPD.









DIFFICULT
ROADS
LEAD TO
BEAUTIFUL
DESTINATIONS

