



---

**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Saúde Coletiva**

## Produto 8

---

**Produto 8 – Documento contendo a descrição e análise dos protocolos (com os respectivos IFBr setoriais) validados pelas equipes dos órgãos setoriais do governo federal**

Brasília, maio de 2019.



---

## Equipe coordenadora:

Ms. Daniela da Silva Rodrigues – Faculdade de Ceilândia (FCE)/UnB

Dr. Edgar Merchan-Hamann – Departamento de Saúde Coletiva (DSC)/UnB

Dr. Éverton Luís Pereira – Departamento de Saúde Coletiva (DSC)/UnB

Dr. Gladston Luiz da Silva – Instituto de Ciências Exatas (IE)/UnB

Dr. Heleno Rodrigues Corrêa – Departamento de Saúde Coletiva (DSC)/UnB

Dra. Livia Barbosa Pereira – Departamento de Serviço Social (SER)/UnB

Dra. Marineia Crosara de Resende – Instituto de Psicologia / Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

## Consultores:

Dra. Ana Rita de Paula – Doutora em Psicologia. Especialista em deficiência

Eng. William Rosa – Especialista em manuseio de banco de dados



## **Apresentação**

Este é o oitavo produto da Carta Acordo firmada entre o Ministério da Justiça e Cidadania (MJ), a Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC) e a Universidade de Brasília (UnB) para execução do projeto “Implementação do Modelo Único de Avaliação e Valoração da Deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras”. O produto consiste em **Documento contendo a descrição e análise dos protocolos (com os respectivos IFBr setoriais) validados pelas equipes dos órgãos setoriais do governo federal.**

O texto apresenta as razões administrativas, políticas, científicas e organizacionais que levaram a pesquisa nacional de validação do IFBRM a constituir ensaio validador multicêntrico em quatorze cidades brasileiras substituindo o acordo inicial que previa formar e coordenar uma rede nacional autônoma de pesquisa. Apresenta a descrição dos protocolos e do envolvimento de órgãos ligados ao Sistema Único de Saúde coordenados pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e executados pela Universidade de Brasília – UnB – em parceria com serviços de saúde federais, estaduais, municipais e privados.



## **Introdução:**

A Carta Acordo firmada entre o Ministério da Justiça e Cidadania (MJ), a Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC) e a Universidade de Brasília (UnB) previa a execução do projeto “Implementação do Modelo Único de Avaliação e Valoração da Deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras”.

Para atingir aquele objetivo foram estabelecidos requisitos técnico-científicos para seleção das equipes técnicas da pesquisa de validação, que seriam formadas em cada setor da administração pública federal. Aquelas equipes fariam realizar modelos de IFBr para testagem em todo o país segundo os interesses de suas políticas setoriais públicas voltadas para Pessoas com Deficiência – PcDs – e de acordo com a manutenção de uma estrutura básica derivada do IFBR, do IFBRA em respeito ao plano inicial de construção de um Modelo Único de valoração da deficiência em todo o país.

A função da equipe técnica de pesquisa da Universidade de Brasília – UnB – era buscar coordenar a construção de uma rede de pesquisadores e núcleos de pesquisa no Brasil responsáveis pela validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) nas diferentes políticas setoriais. A formação de uma rede qualificada e responsável auxiliaria na construção de padrões comuns para a realização do trabalho, bem como garantiria a qualidade dos dados coletados para fins de reflexão sobre um possível Modelo Único de avaliação das deficiências no país.

O que se convencionou chamar de “Modelo Único” para fins do projeto de validação multissetorial é, na verdade, a criação, apresentação e validação de variantes múltiplas relativas à mesma estrutura fundamental do IFBr – Índice de Funcionalidade Brasileiro – adaptado e adequado para o emprego nas políticas setoriais públicas (Franzoi, Xerez, *et al.*, 2013; Merchan-Hamann *et al.*, 2016; Pereira e Barbosa, 2016).

Este modelo se destina às políticas que empregam avaliação de Pessoas com Deficiência (PcDs) na concessão, duração, graduação das intensidades de outorga, bem como o acompanhamento dos direitos de acesso, reservas de vagas e tipo de condições assistivas, complementares ou substitutivas para fins de assegurar participação social.



A avaliação de PcDs no Brasil pode ser referenciada à política de antecipação de aposentadorias pelo INSS (Brasil, 1991; Brasil - Mps - Sdh, 2013; Brasil - Pr, 2013; Brasil, 2013; Brasil - Pr, 2014). Em âmbito internacional pode ser trabalhada a necessidade de políticas equânimes fundamentadas em princípios internacionais reconhecidos como válidos (Sabariego, 2016).

O IFBr e sua adaptação, o IFBrA, e seu modelo modificado pelo Comitê CIAD – o IFBRM - foram construídos em formato matricial que combina quarenta e uma linhas selecionadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde – CIF – com colunas categóricas de adaptação reduzida da Medida da Independência Funcional – MIF.

A MIF utiliza cinco subescalas que são subdivididas em dezoito atividades e avaliadas quanto ao grau de dependência de terceiros, cujas oito categorias ordinais de dependência total à autonomia completa – de zero a sete - foram reduzidas para quatro níveis de dependência – de 25, 50, 75 e 100% de autonomia (Linacre *et al.*, 1994; Who/Oms, 2001; Franzoi, Xerez, *et al.*, 2013). Apenas a forma de medir autonomia foi reduzida, adaptada e utilizada no construto do IFBr. As quarenta e uma linhas foram escolhidas na CIF (Franzoi, Costa, *et al.*, 2013; Franzoi, Xerez, *et al.*, 2013).

A equipe da UnB trabalhou desde o início do acordo com a OEI – Organização dos Estados Ibero-Americanos - e o Ministério dos Direitos Humanos, com a obrigação determinada pela lei de realizar sempre abordagem da avaliação por **Equipe Multiprofissional**, o que trouxe para a cena da pesquisa uma série conceitual revista em textos científicos, produtos de relatório de pesquisa e discussões com as equipes técnicas envolvidas nos Ministérios que participaram do Comitê CIAD, que em última análise revisou o IFBRA e o transformou no IFBRM – Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado.

Em razão da obrigação de multiprofissionalidade, a UnB acompanhou e subsidiou, com fundamentos técnicos, a discussão no Comitê CIAD, que se debruçou sobre pressupostos teóricos e metodológicos dos estudos sobre deficiência que auxiliaram no argumento sobre a necessidade da interdisciplinaridade na produção de reflexões sobre deficiência. Mais do que isso, a proposta foi argumentar sobre a potencialidade que a constituição de uma equipe de referência similar nos diferentes



---

núcleos validadores apresentaria para implementar o disposto Artigo 2 da Lei n. 13.146 de 06 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão).

Entre outros aspectos conceituais, a interdisciplinaridade pode ser entendida a partir do conceito de intersetorialidade, um conceito aberto, que por ser aberto, estar em construção, representa um território epistemológico inusitado. Desde 1970 a Organização Mundial da Saúde – OMS sugere que as políticas sociais de saúde, em seu sentido mais amplo, adotem procedimentos de gestão que sejam intersetoriais, articulando ações conjuntas. Isto se mostrou necessário na medida em que foi preciso construir objeto e objetivos comuns em políticas sociais e não políticas e ações isoladas. O termo mostrou a complexidade pelo que alguns autores se debruçam sobre a tarefa de apresentar uma noção mais inteligível e clara acerca de intersetorialidade.

Esta abordagem implicou no desejo de que cada Ministério do governo Federal envolvido na necessidade da validação do IFBRM fosse considerado um “setor” da administração pública federal. Se essa concepção tivesse sido levada, em 2016-2017, às suas últimas consequências, existiriam vários modelos básicos de IFBRM ao lado de vários modelos “ampliados” de IFBRM com questões e quesitos de natureza implícita do ministério envolvido.

O desenvolvimento político e administrativo dessa concepção de trabalho multissetorial provou ser inviável com o passar do tempo, restando o interesse maior de quatro ou cinco ministérios, que aos poucos, esgotou o tempo legal de validação e colocação em prática do IFBRM.

#### Mudança de Projeto:

O Comitê CIAD e o MDH tomaram para si, em 2018, a responsabilidade de rever o acordo OEI-UnB e modificar, mediante a concordância da UnB, o papel de coordenador para o papel de executor de uma pesquisa única, com modelo de fato único, e a coparticipação do Ministério da Saúde. Os demais ministérios não conseguiram desenvolver suas pesquisas setoriais, embora apoiassem o desenvolvimento apontado e continuassem a participar do Comitê.

Para continuar a execução da pesquisa de validação a UnB foi chamada a apresentar, em 2018, um *novo projeto de pesquisa centralizado e multicêntrico*, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UnB, e



seqüencialmente apresentado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP – para a seguir ser NOVAMENTE submetido aos comitês de ética em pesquisa de cada uma das instituições participantes e coparticipantes que fizeram suas exigências, foram atendidos em modificações e atenderam aos requisitos de autonomia em pesquisa com seres humanos segundo as normas brasileiras vigentes.

Esse novo projeto de pesquisa apresentado em 2018 manteve as preocupações originais de atender aos requisitos determinados em lei. A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) estabelece no seu artigo 2º um conceito de deficiência e instruções gerais para a avaliação da deficiência para fins de acesso a políticas sociais, afirmando que o Poder Público deve fornecer instrumentos para esta avaliação. A LBI segue o conceito de deficiência da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência das Nações Unidas, e estabelece que a avaliação deve ser “biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, e considerará: I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; III - a limitação no desempenho de atividades; e IV - a restrição de participação.” (Brasil - Pr, 2015).

As discussões expressas na Convenção sobre o caráter complexo e multifacetado do fenômeno da deficiência são corroboradas pela Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (Lei 13.146, de 06 de julho de 2015). Além de utilizar todos os pressupostos e conceitos propostos pela Convenção, a LBI reitera que

(Art. 2) § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III - a limitação no desempenho de atividades; e
- IV - a restrição de participação.

Mais uma vez, a Lei que embasa as propostas aqui apresentadas detalha cinco itens importantes para a avaliação da deficiência. Além disso, demonstra como ela deverá ser multiprofissional e interdisciplinar. A LBI ressalta que a avaliação deve ir



além do corpo e deve envolver diferentes áreas do saber para que a complexidade possa ser minimamente vislumbrada.

Cada um dos requisitos para a avaliação da deficiência estabelecido pela LBI dialoga com o conceito de deficiência presente na Convenção. Para a Convenção, pessoas com deficiência são aquelas com impedimentos de longo prazo que, em interação com diversas barreiras sofrem restrição de participação da sociedade. Nos requisitos para a avaliação da deficiência, a LBI reforça e especifica os próprios determinantes do conceito da Convenção.

Identificar a deficiência, assim, é identificar a restrição de participação que as pessoas com impedimentos corporais sofrem mediante a experimentação de barreiras nos vários espaços e ambientes em que circulam. Avaliar a deficiência é uma tarefa que precisa considerar o sujeito na sua integralidade e identificar as restrições que sofre no seu cotidiano. Dentro da compreensão de deficiência trazida pela Convenção e assumida pela LBI, assim, não é suficiente avaliar apenas a dimensão da vida do sujeito que dialogue diretamente com a política social que ele está buscando acessar. Para fins de proteção social, a avaliação da deficiência deve ocorrer considerando-se várias dimensões e domínios da vida do sujeito avaliado (Barbosa *et al.*, 2017).

O arcabouço legal nos aponta a importância da interação entre olhares e fatores para avaliação da deficiência. É na união de diferentes perspectivas teóricas (interdisciplinaridade) e de formação profissional (multiprofissionalidade) que será possível realizar reflexões sobre deficiência mais significativas.

A perspectiva apresentada pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e pela Lei Brasileira de Inclusão é corroborada com o avanço teórico oriundo dos Estudos sobre Deficiência (Disability Studies). O argumento central de inúmeros autores do “modelo social da deficiência” é de que ela não pode ser vista enquanto algo natural e dado no corpo, portanto, “problema” individual. Mas ela precisa ser pensada e visualizada como o reflexo da interação entre as pessoas e a sociedade onde vivem. Ou seja, deficiência é uma “situação” e não uma “condição”. O grande avanço que esses teóricos trazem é demonstrar que não podemos analisar deficiência sob o ponto de vista meramente biológico, mas precisamos ver como ela é classificada, compreendida e vivida em diferentes sociais. Ou seja, de que deficiência é a interação de indivíduos com padrões socioculturais que construíram as sociedades.



A Lei Brasileira de Inclusão – LBI – determinou prazo até janeiro de 2018 para estender a avaliação de modelo único de qualificação e graduação das deficiências a todos os setores de governo que administram políticas públicas (Brasil - Pr, 2015).

O art. 2º da LBI menciona que o Poder Executivo deve criar instrumentos para avaliar a deficiência de acordo com os critérios ali estabelecidos. A iniciativa de, além de criar estes instrumentos com os respectivos critérios, criá-los e integrá-los em uma proposta de Modelo de Avaliação Unificada da Deficiência é uma meta do governo federal pactuada no Plano Plurianual de 2016-2019 (PPA-2016/2019) e ratificada no Decreto 8.954, de 2017. É uma iniciativa que teve construção iniciada ainda no ano de 2007, no âmbito do governo federal e tem ampla repercussão e entendimentos compartilhados, tanto entre órgãos do governo federal quanto entre os movimentos sociais de pessoas com deficiência do país.

Para criar condições de gestão e cumprir a meta estabelecida no PPA, de criar o Modelo de Avaliação Unificada da Deficiência, em 2016 foi publicado o Decreto Presidencial s/n de 27 de abril de 2016. Este decreto precisou ser atualizado em 2017, após mudanças de composição ministerial e se materializou no Decreto nº 8.954, de 10 de janeiro de 2017.

Diante disso, o Modelo Unificado pretende cumprir o PPA 2016-2017 e o Decreto 8.954, de 2017. Este modelo conterà os instrumentos que precisam ser criados pelo Poder Executivo para cumprir o art. 2º. A proposta do Modelo de Avaliação Unificada da Deficiência dialoga com a Convenção Internacional sobre Pessoas com Deficiência e dá materialidade ao conceito de pessoas com deficiência dentro das políticas públicas em que o Estado brasileiro reconhece direitos sob aquela perspectiva (Un - United Nations, 2006; Who, 2011).

Foi por essas razões descritas acima que *se mudou o modelo de Pesquisa em Rede para Pesquisa Multicêntrica*, sem alterar os objetivos do convênio entre a OEI e a UnB para o cumprimento das metas do então Ministério dos Direitos Humanos.

## **MÉTODO:**

Para fins de mudança do modelo de pesquisa em rede para o modelo multicêntrico foi mantido o método e modificada a estrutura de coleta de dados, que passaram a ser de responsabilidade dos serviços de saúde do SUS engajados pela equipe



---

técnica do Ministério da Saúde – MS – em esforço nacional de envolvimento da rede de Centros Especializados de Referência – CER – além de policlínicas, hospitais especializados, e da própria rede de serviços de atenção primária à saúde com seus – NASF - Núcleos Atenção à Saúde da Família.

A pesquisa tornou-se viável em decorrência da adesão e do apoio do Ministério da Saúde que realizou a interlocução com serviços estaduais, municipais e serviços privados de saúde em todo o Brasil.

O método proposto e adotado após aprovação pelos Comitês de Ética foi:

Validar uma escala de medida para Gravidade de um conceito socialmente construído – Deficiência - e que cada vez mais se dissocia das classificações biológicas e mecânicas implica aspectos técnicos, culturais e de desempenho socialmente comparado. A gravidade passa a ser socialmente comparada segundo as condições de vida de pessoas com condições biológicas parecidas e que enfrentam barreiras sociais muito diferentes, o que confere a necessidade de uma técnica socialmente construída e escalonada.

Classificar a gravidade do enfrentamento das barreiras que criam as deficiências seria ouvir as próprias pessoas com deficiências (PcD) e outros ao seu redor que percebem e compartilham as suas circunstâncias.

#### FASE I: VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO.

CONTEÚDO – (FASE I) avalia a adequação, completude, e abrangência dos quesitos segundo os conhecimentos científicos que dão base às regras de medida empregadas. Em geral passa pelo consenso entre especialistas (Turato, 2003);

Uma forma de evitar a recusa social dos padrões de comparação automáticos assim construídos será referendá-los por especialistas do SUS que convivem com a avaliação funcional e de desempenho (Who, 2011).

Esta fase foi executada a partir maio de 2017 no ambiente técnico do Ministério da Saúde (MS), recorrendo aos técnicos de seu corpo funcional e a suas eventuais



consultorias. A análise da estrutura e conteúdo do IFBR deverá ser procedida internamente ao corpo técnico próprio e consultivo, em diálogo com a equipe da UnB.

Esta etapa foi essencialmente uma discussão sobre a pertinência técnico científica dos domínios, quesitos e dimensões estruturais a serem adotadas na adaptação, cuja preocupação fundamental é manter a estrutura proposta na elaboração do IFBR, respeitando seus princípios de avaliação.

Para aprimorar o IFBR para uso nas políticas para PcDs procedemos incorporando conhecimentos adquiridos na validação da sua forma adaptada (IFBRA) e validada em 2016 para o uso do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

Adotamos nas reuniões do Subgrupo durante o segundo semestre de 2017 o método qualitativo Delfos modificado (consenso de grupo fixo de técnicos e pessoas chave com presença variável) para desenvolver a FASE I da consultoria epidemiológica ao projeto de Validação do IFBR modificado. Esta validação atendeu à exigência da Lei que estabeleceu prazo para o início da utilização do instrumento único a partir de janeiro de 2018.

Os gestores que participaram da validação Fase I tinham perfil de formação universitária graduada em campos da economia, direito, sociologia e política, antropologia, psicologia, terapia ocupacional, odontologia, medicina, serviço social, enfermagem, farmácia, pedagogia, administração, educação física, engenharia e arquitetura. Vários desses gestores eram pós-graduados em seus respectivos campos ou em áreas transversais. Alguns possuem formação em pesquisa quantitativa e qualitativa. Pelo menos quatro daqueles gestores foram Pessoas Com Deficiência – PcDs - trabalhando ativamente nas políticas do setor nos cargos que ocupavam.

A lista nominal qualificadora dos participantes não pode ser exibida para evitar associações indevidas com a fácil identificação pessoal em universo restrito. Durante reuniões ampliadas houve participação de até sessenta e seis pessoas, além de convidados, consultores, assessores e administradores chamados a opinar sobre as características do novo Modelo Único a ser implantado.

A equipe de pesquisa da UnB foi convidada a participar das reuniões ampliadas a partir de maio de 2017 e designada como coordenadora de um Subgrupo específico para a validação Fase I que se reuniu com até vinte pessoas designadas dentre as



participantes do Comitê CIAD. Este Subgrupo se reuniu várias vezes, impondo rotina de discussão intensa aos participantes.

As reuniões transcorreram em ambiente acadêmico, em salas de aula da UnB, evitando sempre que possível a sua caracterização como discussão subordinada à ação hierárquica de chefias.

Embora a participação dos técnicos tenha sido flutuante devido a mudanças no quadro político administrativo nacional no período 2016-2018, o Comitê CIAD e seu Subgrupo de validação Fase I contaram com a participação de pessoas engajadas em pesquisa, em alguns casos com produção científica publicada no setor (Santos, 2015; Coppetti e Crispim, 2016; Santos, 2016).

Essa composição de técnicos e gestores do setor trouxe ao Subgrupo características importantes que determinaram o respeito à opinião participativa dos integrantes. Alguns gestores e consultores participaram por duas a oito horas consecutivas em sessões de voz por Internet, mesmo estando em férias em outros estados do país, e até fora do Brasil.

Todas as decisões foram adotadas por consenso, em alguns casos por cansaço após longas horas de debate, nas vinte e seis (26) reuniões de Comitê, Subgrupo e grupos setoriais que foram formalmente registradas. Ocorreram aproximadamente 104 horas de reunião e 52 horas de preparação de relatórios e súmulas, sem contar as horas de compilação bibliográfica, estudos, trabalho administrativo e envolvimento de alunas de graduação, mestrado e doutorado. As discussões buscaram solucionar impasses e escolhas quanto à composição, evidências científicas publicadas, redação, idades próprias para a funcionalidade, e outras características do IFBR (anexo).

Nos esforçamos, como pesquisadores da UnB, em exercer papel mediador e promotor da discussão sem impor ritmo, decisões ou limites aos referenciais teóricos. Buscamos dar voz ativa a todos em respeito ao método adotado, agindo como consultores de pesquisa na coordenação das reuniões. Limitamo-nos a informar o estado do conhecimento quando ocorreram conflitos em relação a conteúdo, referenciais teóricos, face do instrumento e discordâncias com resultados de publicações anteriores. A coordenadora das reuniões sempre perguntava: \_ “É essa a decisão do grupo sobre esse item”? Somente a resposta positiva por consenso permitia seguir adiante.



Essa estratégia de forma alguma eliminou tensões e conflitos durante as sessões de discussão de conteúdo, estrutura e escolha de futuras técnicas de análise. Serviu para direcionar sua abordagem e propor soluções que são relatadas como conclusão da Validação Fase I do Documento Base para o Modelo Único de Valoração da Deficiência com referência ao IFBR (Franzoi, Costa, *et al.*, 2013; Franzoi, Xerez, *et al.*, 2013; Merchan-Hamann *et al.*, 2016; Pereira e Barbosa, 2016; Sabariego, 2016; De Moura *et al.*, 2017).

Vários membros do Comitê CIAD foram consultados pela primeira vez - em 17/10/2017 - sobre a proposta de que a equipe de Coordenação da Pesquisa de Validação escrevesse um projeto único de coleta de dados em campo para ser apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UnB (CEP). Sua posição foi, a princípio, contrária a que pesquisadores de diferentes ministérios trabalhassem como equipe de pesquisa credenciada pela Universidade.

A opinião predominante foi de que um projeto único poderia ser visto como uma quebra de hierarquia institucional onde os membros do Comitê CIAD se subordinam a diferentes Ministérios federais, pelo que não haveria espaço para serem “pesquisadores da equipe da UnB”.

Os pesquisadores da UnB tiveram de concordar que não havia condições propícias para um projeto único e fomos levados de volta para o projeto original em que a UnB só COORDENA e centraliza as análises, e não projeta nem executa nada com consequentes limitações para entregar a um comitê de ética qualquer delimitação de locais, números de amostras, pesquisadores e tamanhos de amostras quantitativas. Ficamos de mãos atadas para escrever um texto para o CEP. Essa situação experimentou alternância de posições sem que ocorresse uma definição até o mês de dezembro de 2017.

Conseqüentemente continuamos a trabalhar na formatação de um instrumento único e comum a todos os participantes para as diferentes políticas a receberem o projeto de validação.

A equipe de coordenação da pesquisa de validação pela UnB conduziu os trabalhos do Subgrupo solicitando que fossem atendidos critérios para minimizar o tamanho, evitar reverberações de respostas ou superposições de conceitos perguntados nos domínios e quesitos [ruído], bem como evitar a construção de um instrumento excessivamente longo e difícil de aplicar em campo [atrito]. Conceituamos nas reuniões



que um instrumento que aumenta de 40 para 90 ou 120 perguntas aumenta o ruído e o atrito nas respostas. O ruído decorre de respostas inteiras ou fragmentadas pelo retorno dos conteúdos perguntados que não estão no escopo das questões do instrumento. A memorização de uma pergunta anterior se reflete na forma como as próximas perguntas vão eliciar a resposta e o conteúdo reaparece indevidamente. O atrito decorre do cansaço por perguntas numerosas ou longas que bloqueiam a intenção e as energias para responder.

O grupo coordenador apelou também para adesão a princípios que facilitassem as análises posteriores utilizando, sempre que possível, grandezas contínuas, número equivalente ou equilibrado de itens por domínios, e evitando uso de escalas ordinais que dificultam ou impedem o trabalho com estatísticas paramétricas. O Subgrupo resolveu em contrário e decidiu manter a escala ordinal especificada no IFBR original. Esta escolha do Subgrupo foi respeitada pelo grupo coordenador da UnB atendendo ao método adotado na Validação de Construto ou Conteúdo (Fase I).

Foi construída Matriz básica de valoração da deficiência a partir do IFBR. A nova matriz consta de 57 itens relacionados com a CIF divididos em sete domínios. Cinco domínios têm oito quesitos. Os domínios “1” – Aprendizagem e aplicação do Conhecimento – e “7” - Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política contam com nove quesitos. O domínio “6” – Educação, trabalho e vida econômica – contou com sete quesitos [matriz apresentada ao final dos anexos]. A adaptação final do instrumento pelo Subgrupo acrescentou dezesseis novos quesitos extraídos da CIF, além dos 41 pré-existentes no IFBR.

Quadro de Quesitos por Domínio no IFBRM, janeiro de 2018.

Domínios	Itens	Nome do Domínio							
1	9	1.Domínio: Aprendizagem e aplicação de conhecimento							
2	8	2. Domínio: Comunicação							
3	8	3. Domínio: Mobilidade							
4	8	4. Domínio: Cuidados pessoais							
5	8	5. Domínio: Vida Doméstica							
6	7	6. Domínio: Educação, Trabalho e Vida Econômica							
7	9	7.Domínio: Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política							
		Total Quesitos CIF=	57						
		Quesitos IFBRA=	41						



---

## FASE II: VALIDAÇÃO DE FACE.

A validação de face – (FASE II) avalia a aceitabilidade dos quesitos ou instrumentos pelos operadores, pelos entrevistados, buscando a adequação cultural quanto à interpretação; adequação histórica; confiabilidade da troca, envio e recepção das mensagens entre examinados e examinadores nas condições em que o instrumento será posto em operação. Essa fase necessita de grupos de voluntários que participem de um ensaio (Meinert e Tonascia, 1986; Sackett *et al.*, 1991).

A Validação de face depende da aplicação do instrumento aos blocos de pessoas que representam o público alvo das políticas setoriais de saúde envolvidas. Isso torna necessário entrevistas piloto com pessoas escolhidas para representar as cinco faixas de idade (0-3; 5-10; 11-17; 18-59; 60 e +), os seis tipos predominantes de impedimento relacionados com as deficiências (visual, auditiva, mental, intelectual, motora, múltipla), e as cinco regiões geográficas maiores do Brasil (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste, Sul).

Esta distribuição resulta na necessidade potencial de pelo menos uma entrevista de cada um desses atributos realizada com o IFBR e obtida em observação participante de um pesquisador do MS ou de um consultor-pesquisador em campo.

Os formulários de entrevista de avaliadores e PcD deverão ser obtidos mediante consentimento livre e esclarecido aprovado por CEP (Brasil - Conselho Nacional De Saúde, 2013c; b; a).

A logística de campo, viagens, permanência em cada cidade escolhida por até cinco dias úteis, fazem prever a necessidade de viagens, passagens e diárias por pelo menos sessenta visitas (viagens de ida e volta) às cidades polo onde existam equipamentos do SUS que possam receber PcDs e entrevistadores.

A escolha das cidades polo foi combinada preferencialmente para as que disponham de equipamentos do SUS como Centros Especiais de Reabilitação, Centros de Atendimento para Idosos ou Programas para esta faixa etária, e Centros de Atendimento Psicossocial para saúde mental. Esta escolha tende a localizar em capitais de estado e cidades de maior porte próximas em cada uma das cinco regiões brasileiras.



A análise dos resultados, adaptação dos instrumentos do IFBR para os ajustes de domínios, quesitos, perguntas de manuais, equipamentos de coleta de dados, serão atribuições da equipe técnica do MS em coparticipação com seus consultores para análise dessa etapa de pesquisa qualitativa.

Subentende-se que serão necessários consultores em dedicação integral para envolver cada um dos setores de política social do Ministério que executa políticas para PcDs, incluindo um coordenador de consultoria. Estes consultores deverão atuar por pelo menos um ano até a coleta e entrega do material resultante da relatoria do processo consultivo e da logística de pesquisa.

### FASE III: VALIDAÇÃO DE ACURÁCIA.

A fase de validação de ACURÁCIA – (FASE III) está em andamento em 2019. Avalia estatisticamente comparando com um padrão-ouro a sensibilidade; especificidade; verossimilhança; precisão; confiabilidade ou repetibilidade; efetividade e eficiência do emprego do instrumento em comparação com as técnicas mais caras e mais detalhadas que deram origem ao padrão-ouro. Essa avaliação é a mais cara e mais longa, e depende de grupos de comparação aleatorizados que aceitem ser submetidos às regras do padrão-ouro e do instrumento classificador a ser testado (Szkölö e Javier Nieto, 2007).

A pesquisa sobre pessoas com deficiência necessitará construir seu próprio padrão de referência devido à inexistência de publicações ou experimentos anteriores. Isso acontece com inovações diagnósticas ou abordagens criadas por políticas públicas emergentes para público que não foi estudado previamente (Merchan-Hamann *et al.*, 2016).

Não existe um padrão-ouro para dizer o que é deficiência grave-moderada-leve entre PcD que são competentes, capacitadas, vivem e trabalham (Camarano *et al.*, 2013). O IBFRA foi validado em comparação às opiniões percebidas (percepção informada fora do Instrumento) pelos avaliadores e pelas PcD avaliadas (Merchan-Hamann *et al.*, 2016; Pereira e Barbosa, 2016).

Considera-se que em condições culturalmente equivalentes, o Comitê encarregado da validação possa, criar da mesma maneira, um padrão de referência



considerado aceitável pela melhor técnica e pelo nível mais desenvolvido de conhecimento, que geralmente recebe o nome de “padrão-ouro”. Implica investimento na coleta das informações que poderão ser obtidas em campo com blocos de entrevistas aplicados a cada um dos trinta tipos de entrevistados a serem avaliados.

São previstos vinte e cinco blocos de quotas amostrais intencionais seguindo a tipologia da avaliação na fase II para representar as cinco faixas de idade (0-3; 5-10; 11-17; 18-59; 60 e +) e os cinco tipos predominantes de impedimento relacionados com as deficiências (visual, auditiva, mental, intelectual, motora).

Caso a política setorial a ser validada esteja interessada na gravidade, o tamanho mínimo de cada quota amostral por bloco deverá considerar a proporção binomial de dividir as pessoas em grupos binários de “grave” e “não grave”, “moderado” e “não moderado”, “leve e não leve (ou sem deficiência)”. O universo de análise será destinado a validar o instrumento e não terá a pretensão de representar o universo de PcD segundo seus atributos de regionalidade nacional, distribuição populacional, frequência, tipologia e gravidade das deficiências no território brasileiro. A validação será voltada para o instrumento e não para a população representada.

O cálculo da “pior amostra” com pressuposição de probabilidades de uma pessoa avaliada pelo instrumento ser “grave” consideraria que a probabilidade “p” é de 50% (0,50), intervalo de confiança de 95% e diferença entre as proporções de 5% (0,05) para a variabilidade amostral (delta). Segundo a fórmula proposta por Joseph Fleiss (1982) resultaria em 384 pessoas (Fleiss, 1981),

Cálculo para amostra de Proporções:

$$n = \frac{N z^2 pq}{d^2 (N-1) + z^2 pq} = 384$$

Esta pressuposição “pessimista” implicaria em realizar entrevistas de vinte e cinco blocos de quotas de 384 pessoas ou 9.604 (Nove mil seiscentos e quatro) entrevistas. Cada entrevista gerará três registros escritos de avaliação em formulário de computador. Estas entrevistas poderiam ser realizadas em apenas algumas das cidades polo e sua condução não dependerá necessariamente de viagens e diárias podendo ser em grande parte delegadas às equipes locais devidamente capacitadas no processo da fase II.



## Desenho Efetivo da amostra

O cálculo amostral pode ser referido à suposição da prevalência da característica a ser diagnosticada. No caso do IBr trata-se da gravidade das deficiências ou simplesmente da existência de deficiência comparada com a ausência de deficiência segundo a avaliação procedida. O modelo de cálculo é de uma comparação binária atendendo ao modelo de probabilidades binomiais. A suposição da proporção do atributo na população de referência para aplicação do instrumento determina o tamanho mínimo de blocos amostrais por idade, tipos de impedimento e outras estratificações desejadas.

Devemos ter em mente que a intenção do desenho de validação não é representar nenhuma população. A validação é dirigida para o instrumento em si e não para medir prevalências em regiões do país ou em grupos populacionais de tipologia do impedimento, idade ou sexo. Representar pessoas e regiões do país é uma preocupação de inquéritos e isso só acontece DEPOIS de validar o instrumento que seria utilizado.

Após determinar qual seria a proporção de prevalência de gravidade de pessoas com deficiência a ser medida pelo IBr seriam previstos blocos amostrais com tamanho mínimo estimado para distinguir gravidade/deficiência naquela proporção pretendida ou pressuposta. Seriam feitos tantos blocos amostrais quantos os subgrupos de interesse por idade, sexo, tipo de impedimento.

Coube aos gestores da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD) decidir se a perspectiva de preenchimento das cotas amostrais será “otimista” (90% de prevalência) ou “pessimista” (50% de prevalência). A equipe da Universidade de Brasília fez uma proposta intermediária, considerando a importância científica do estudo e a necessidade de proporcionar respostas confiáveis para a comunidade acadêmica nacional e internacional.

O motivo é o consenso entre pesquisadores e gestores de que a população pesquisada no INSS que serviu para estabelecer o “alvo” em 90% partiu da realidade pré-selecionada dos trabalhadores adultos formais que, ao comparecer para pedir aposentadoria pela Lei Complementar 142/2013, já são em sua maioria pessoas com deficiência. Isso resultou na validação do IBrA em definir o modelo binário de “com deficiência” (88%) e “sem deficiência” (12%) que no ano de 2018 passou a ser visto como uma perspectiva muito otimista em relação aos demandantes de outras 23 políticas públicas para PcDs.



O consenso após a execução da Fase I terminada em janeiro de 2018 é que aquele “alvo” seria mais bem estimado pela proporção de 75% e não de 90% uma vez que maior número ou proporção de pessoas SEM deficiência se apresentam para demandar políticas como passe livre, meia-entrada, isenção de impostos para compra de bens de consumo e veículos, além de outras políticas menos assertivas quanto à gravidade das deficiências consideradas para cobertura programática oficial.

As discussões da Fase I propiciaram também minimizar o emprego da classificação de pessoas com deficiências às pessoas a quem são atribuídos mais de um impedimento físico ou mental que são classificadas como deficiências “múltiplas”. Foi discutido que sempre há um impedimento predominante ou determinante maior que torna desnecessário pesquisar este grupo como segmento em separado uma vez que ele já está representado nos grupos de impedimentos específicos predominantes. Isso reduz toda uma linha de grupos a serem amostrados na validação de fases II e III.

O resultado é que a amostra inicial pode ser redimensionada para menor número de pessoas visando validar o IFBr Modificado (IFBrM), sem prejuízo de manter os parâmetros amostrais que determinam o tamanho das cotas amostrais, como margem de erro e poder de teste.

Elaboramos novo cálculo com redução do tamanho amostral geral como sugestão para a aplicação a partir de 2018. A seguir detalhamos três cenários de amostra:

Cálculo apresentado pela UnB em 07/03/2018:

Prevalência de 75%

Total de casos: 7.203 casos (7.935 pessoas mais 10% pessoas não PcD)

Deficiência	0-3	5-10	11-17	18-59	>= 60
Visual	288	288	288	288	288
Auditiva	288	288	288	288	288
Mental	288	288	288	288	288
Intelectual	288	288	288	288	288
Motora	288	288	288	288	288
Total	1441	1441	1441	1441	1441

A equipe da Universidade de Brasília sugeriu que, as pessoas com deficiência, de acordo com as cotas acima especificadas, fossem recrutadas nas cinco regiões



brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul, Sudeste), sendo uma cidade de grande porte e uma de médio-pequeno porte. Dessa forma, foram envolvidas 10 cidades no Brasil, duas em cada região geográfica.

A diversidade regional e de porte dos municípios será importante para verificar a aceitabilidade sociocultural do instrumento, ou seja, especialmente para a validação de face. Nela, é possível perceber como as pessoas e os profissionais estão reagindo e utilizando o IFBr.

Em que pese a recomendação da UnB para sejam privilegiadas todas as regiões do Brasil e cidades de grande e médio-pequeno porte, caso a participação de alguma cidade ou região escolhida não seja possível, concluímos que o recrutamento de participantes em apenas alguns centros urbanos não prejudicaria a coleta de dados para a validação de acurácia.

Considerando a abrangência nacional, o fácil acesso a pessoas com deficiência com diferentes idades e perfis e a possibilidade de contar com os profissionais exigidos, a equipe da Universidade de Brasília, em parceria com a SNDPD, pensou que poderia ser estratégico a SNDPD buscar parceria com entidades de pessoas com deficiência. O Ministério da Saúde contratou um Pesquisador Responsável para articulação com a equipe de pesquisa da UnB. Assim foi possível que os gestores e técnicos do MS planejassem as reuniões de capacitação nacionais, os cronogramas de viagens e as instituições que serão envolvidas.

Foram combinadas cotas amostrais de 1400 entrevistas para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços de ONGs colaboradores, e mais 5600 entrevistas nos CER estaduais e municipais, totalizando amostra total por cotas em 7000 (sete mil) entrevistas distribuídas no território nacional, tal como exibido nas tabelas que se seguem:

Tabela 1: Planejamento de distribuição de cotas amostrais nacionais para de coleta de informações quantitativas nos CAPs:

UF	Município	Tipo	CNES	ESTABELECIMENTO	COTA	POR FAIXA ETÁRIA
M S	CAMPO GRANDE	CAPS III	6075371	CAPS III CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III	40	20
M	CAMPO	CAPS II	5456185	CAPS II AFRODITE DORIS DE	40	20



S	GRANDE			CONTIS CAPS II PLANALTO		
M S	CAMPO GRANDE	CAPS INFANTIL	3646432	CAPS I CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL INFANTIL	105	35
PB	CAMPINA GRANDE	CAPS III	3873706	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL CAPS III REVIVIER	40	20
PB	CAMPINA GRANDE	CAPS I	6087655	CAPS DE GALANTE	40	20
PB	CAMPINA GRANDE	CAPS INFANTIL	5014999	CAPSI CENTRO CAMPINENSE DE INTERVENCAO PRECOCE	105	35
PA	BELEM	CAPS I	3163326	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DA MARAMBAIA CAPS	40	20
PA	BELEM	CAPS III	3236609	CAPS RENASCER	40	20
PA	BELEM	CAPS INFANTIL	2337444	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DA CRIANCA E DO ADOLESCENTE	105	35
RJ	Niterói	CAPS II	2293269	CAPS HERBERT DE SOUZA	40	20
SP	BAURU	CAPS I	2790009	CENTRO ATENCAO PSICOSSOCIAL CAPS I	40	20
SP	BAURU	CAPS INFANTIL	2790033	CENTRO DE AT PSICOSSOCIAL CRIANCAS ADOL CAPS I	105	35
SP	SAO PAULO	CAPS INFANTIL	6657184	CAPS INFANTIL II CAPELA DO SOCORRO	105	35
SP	SAO PAULO	CAPS II	7165072	CAPS ADULTO II CAPELA DO SOCORRO	40	20
SP	SAO PAULO	CAPS INFANTIL	6330843	CAPS INFANTIL II FREGUESIA BRASILANDIA	105	35
SP	SAO PAULO	CAPS II	2786575	CAPS ADULTO II BRASILANDIA	40	20
SC	CRICIUMA	CAPS II	3385981	CAPS II	40	20
SC	CRICIUMA	CAPS III	6237193	CAPS III	40	20
SC	CRICIUMA	CAPS INFANTIL	6782493	CAPS INFANTO JUVENIL CRICIUMA	105	35
DF	PARANOIA	CAPS II	5167892	CAPS II PARANOIA	40	20
DF	SAMAMBA	CAPS III	6665098 (ainda	CAPS III SAMAMBAIA	40	20



	IA		como CAPS II)			
DF	SOBRADINHO	CAPS INFANTIL	7552270	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL SOBRADINHO	105	35
					1400	560

Tabela 2: Distribuição das modalidades de serviço e especialização nos Centros de Reabilitação – CER – participantes da validação:

CNE S	Região Geográfica	UF	Município	Estabelecimento	Tipo	Modalidade do Serviço
267 393 2	Centro-Oeste	GO	Goiânia	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
677 862 3	Centro-Oeste	MS	Campo Grande	Centro Especializado de Reabilitação – CER/APAE	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
238 523 6	Nordeste	BA	Salvador	Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência - CEPRED	CER III	Auditiva, Física e Intelectual
280 210 4	Nordeste	BA	Salvador	Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce - OSID	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
236 261 9	Nordeste	PB	Campina Grande	Centro Especial em Reabilitação Campina Grande	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
234 347 9	Nordeste	PB	João Pessoa	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência - FUNAD	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
000 043 4	Nordeste	PE	Recife	IMIP	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
000 048 5	Nordeste	PE	Recife	Fundação Altino Ventura	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
901 616	Norte	PA	Belém	Unidade de Ensino Assistência de Fisioterapia e Terapia	CER II	Física e Intelectual



3				Ocupacional - UEAFTO		
256 037 2	Norte	TO	Colinas do Tocantins	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Colinas	CER II	Auditiva e Intelectual
227 299 7	Sudeste	RJ	Niterói	Associação Fluminense de Reabilitação - AFR	CER II	Física e Intelectual
227 300 4	Sudeste	RJ	Niterói	Associação Pestalozzi de Niterói - APN	CER II	Física e Intelectual
371 454 3	Sudeste	RJ	Niterói	Associação Fluminense de Amparo aos Cegos - AFAC	CER II	Intelectual e Visual
279 186 2	Sudeste	SP	Bauru	Sorri Bauru	CER III	Auditiva, Física e Intelectual
665 714 1	Sudeste	SP	São Paulo	Centro de Reabilitação M'Boi Mirim - NIR/NISA	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
764 200 8	Sudeste	SP	São Paulo	CER IV Flávio Gianotti	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
710 649 1	Sul	SC	Criciúma	Fundação Educacional de Criciúma - FUCRI - Clinicas Integradas	CER II	Física e Intelectual
001 943 7	Sul	SC	Florianópolis	Centro Catarinense de Reabilitação	CER II	Física e Intelectual
798 830 3	Centro-Oeste	DF	Brasília - Taguatinga	Centro Especializado em Reabilitação Taguatinga	CER II	Física e Intelectual

Tabela 3: Distribuição das cotas amostrais por CER:

Região	Município	Auditiva	Física	Intelectual	Visual	Total
Centro-Oeste	Goiânia	117	82	74	140	413
Centro-Oeste	Campo Grande	117	82	74	140	413
Nordeste	Salvador	117	82	74	0	273



Nordeste	Salvador	117	82	74	140	413
Nordeste	Campina Grande	117	82	74	140	413
Nordeste	João Pessoa	117	82	74	140	413
Nordeste	Recife	117	82	74	140	413
Nordeste	Recife	117	82	74	140	413
Norte	Belém	0	82	74	0	156
Norte	Colinas do Tocantins	117	0	74	0	190
Sudeste	Niterói	0	82	74	0	156
Sudeste	Niterói	0	82	74	0	156
Sudeste	Niterói	0	0	74	140	214
Sudeste	Bauru	117	82	74	0	273
Sudeste	São Paulo	117	82	74	140	413
Sudeste	São Paulo	117	82	74	140	413
Sul	Criciúma	0	82	74	0	156
Sul	Florianópolis	0	82	74	0	156
Centro-Oeste	Brasília - Taguatinga	0	82	74	0	156
						<b>5600</b>

É necessário destacar o papel de liderança e alta capacidade coordenadora da equipe do Ministério da Saúde na obtenção de trâmites administrativos e políticos para o envolvimento dos serviços próprios e conveniados na pesquisa. Sua participação e sua compreensão da finalidade da validação foram determinantes para o novo redesenho da pesquisa em tempo curto e pela viabilização das ações de capacitação.

É também importante reconhecer o esforço dos CER e CAPS envolvidos que aceitaram reservar dias de capacitação em suas agendas sobrecarregadas de atividades assistenciais, envolvendo todos os profissionais de saúde e recursos humanos nas sessões de capacitação por até dois dias consecutivos.

Esse novo desenho de pesquisa multicêntrica não teria sido possível sem a ação competente e capacidade de gestão da equipe do MS.



Cabe destacar que a parceria objetivaria que as entidades se comprometessem em: (i) recrutamento de pessoas com deficiência a partir das cotas estabelecidas; (ii) aplicação do IFBr por dois profissionais capacitados; (iii) sistematização dos dados coletados em formulário a ser disponibilizado pela UnB; (iv) envio periódico dos dados.

Os micros dados brutos comuns da pesquisa de validação setorial passaram a ser enviados por telefone ou por tablets para a Coordenação na UnB, com prazo máximo de completude previsto para o final do prazo de extensão da Carta Acordo, previsto para 30 de julho de 2019, a fim de que sejam analisados e entregues resultados comuns no relatório final da pesquisa.

O envio dos dados passou a ser feito por link direto de Internet com encriptação e recepção pelo servidor de rede instalado na Coordenação da UnB. A captação e registro dos dados foi feita diretamente na Internet (“On line”) ou por registros sem Internet (“Off Line”) com exportação posterior dos formulários após o aparelho de coleta ser ligado a uma rede quando a entrevista foi feita em local sem rede de Internet.

Toda a programação, disponibilização e manutenção dos softwares para rede e para aparelhos móveis foi feita pela engenharia de software da equipe de pesquisa da UnB.

A guarda dos micro dados compartilhados vem sendo feita em computador de arquivamento não ligado à rede que terá acesso físico restrito à sala de coordenação da pesquisa. A separação visará atender as necessidades de confidencialidade e segurança contra invasões de rede, alterações externas, decodificação ou apropriação indevida e indébita por terceiros, ainda que os dados não venham a conter identificadores individuais.

- a. Esta avaliação parte da escolha de padrão de referência a ser adotado (“padrão ouro”). Respeitará o padrão de avaliação de cada PcD por um par de profissionais de formação graduada distinta.
- b. É seguida pela análise da sensibilidade, especificidade, valor preditivo e medida das prevalências dos níveis de gravidade encontrados na subpopulação alvo do projeto.

Não fazem parte dos protocolos desta etapa de validação a pesquisa validação de PÓS-USO – (FASE IV – não incluída nos objetivos). Esta pesquisa avalia as mudanças



---

no desempenho do instrumento em condições operacionais do emprego em massa, segundo as condições geopolíticas e sociodemográficas. Casos aberrantes seriam detectados por consultoria ou ouvidoria, e comparações em grupos maiores seriam conduzidas em auditoria por amostragem. Resultados dessa fase em geral são avaliados por Comitês de Acompanhamento Interno (das instituições executoras) e Comitês Externos com membros da sociedade e de usuários (Kelsey *et al.*, 1996; Hulley *et al.*, 2008).



## REFERÊNCIAS:

BARBOSA, L.; PEREIRA, É. L.; RODRIGUES, D. LC 142: desafios da avaliação da deficiência em um marco de justiça. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UfSCar**, v. No Prelo, 2017.

BRASIL - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **NORMA OPERACIONAL Nº 001/2013 - Norma Operacional dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil. 001/2013.** SAÚDE, M. D. S.-C. N. D. Brasília DF: CONEP - Home Page. NORMA OPERACIONAL 001 2013: 14 p. 2013a.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CNS Nº 441, DE 12 DE MAIO DE 2011. Diretrizes para análise ética de projetos de pesquisas que envolvam armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores. 441.** SAÚDE, M. D. S.-C. N. D. Brasília DF: D.O.U. - Diário Oficial da União - Imprensa Nacional - ISSN:1677-7042. 441 2013 2013b.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (publicada 13/06/2013). 466.** SAÚDE, M. D. Brasília DF: D.O.U. - Diário Oficial da União - Imprensa Nacional - ISSN:1677-7042. 466 12/12/2012: 59-62(4p.) p. 2013c.

BRASIL - MPS - SDH. **Portarias interministeriais de 18 de julho de 2013 - Portaria (18/07/2013) no. 333 Institui grupo de trabalho para elaborar minuta de Decreto para regulamentar a Lei Complementar 142 de 8 de maio de 2013 - Portaria 334 - Institui grupo de trabalho para homologar instrumento a ser aplicado pela Perícia do Instituto Nacional do Seguro Social para avaliação do grau de deficiência. DOU - Diário Oficial da União. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - SECRETARIA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. Brasília DF: Imprensa Nacional. 54 [LIV]: 28-29 p. 2013.**

BRASIL - PR. **Decreto 8.145, de 3 de Dezembro de de 2013 - Altera o Regulamento da Previdência Social - RPS - Decreto 3.048 - 06/05/1999. Diário Oficial da União.** SOCIAL, M.-M. D. P. Brasília DF: Presidência da República - Casa Civil - Subchefia de Assuntos Jurídicos. Ano CL - Nº 234-A - terça-feira - 3 de dezembro de 2013,: 1 p. 2013.

\_\_\_\_\_. **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. Brasília DF: Imprensa Nacional - D.O.U. Ano CLI No- 21 Seção 1: 2-6 p. 2014.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015 - Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência.** LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015 - VETOS), C. N. A. P. D. R. S. C. Brasília DF: Presidência da República Federativa do Brasil - Casa Civil. 13.146 2015.

BRASIL. **Lei nº 8213/91 - Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.** Brasília - D.F.: Congresso Nacional do Brasil. 2009: Meio digital eletrônico p. 1991.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar 142 - de 08/maio/2013 - que regulamenta a concessão de aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS de que trata o § 1o do art. 201 da Constituição Federal.** ANO CL - No. 88. REPÚBLICA, C. N. B.-P. D. Brasília DF: DOU - Diário Oficial da União. 142/2013: 1 p. 2013.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas.** Mercado de trabalho: conjuntura e análise / Instituto de Pesquisa. Brasília DF: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ministério do Trabalho e Emprego,. 18: 21-30 p. 2013.

COPPETTI, C. S. L.; CRISPIM, M. A. **O processo de judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC - 2004 A 2014 (Brasil).** SIGAS - Sistema de Informação e Gestão da Assistência Social de Pernambuco. Recife - PE: Governo do Estado de Pernambuco 2016.

DE MOURA, L. et al. **Applying the ICF linking rules to compare population-based data from different sources: an exemplary analysis of tools used to collect information on disability.** Disability and Rehabilitation: Taylor & Francis. 39: 1-12 p. 2017.

FLEISS, J. L. **Statistical methods for rates and proportions.** 2nd. New York - chichester - Brisbane - Toronto - Singapore: John Wiley & Sons, 1981. 321 ISBN 0-471-06428-9.

FRANZOI, A. C. et al. **Relatório Final de Pesquisa Contratada pelas Secretarias da Presidência da República Federativa do Brasil sendo (1) a Secretaria Nacional de Promoção dos direitos da Pessoa com Deficiência e (2) a Secretaria de Direitos Humanos - Elaboração de instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros.** Rio de Janeiro RJ: IETS - Instituto de Estudos de Trabalho e Sociedade: 98 p. 2013.



FRANZOI, A. C. 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** [Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br]. Acta Fisiátrica. 20: 164-170 p. 2013.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3rd. Porto Alegre, RS: ARTMED Editora S.A., 2008. 384 ISBN 978-85-363-1361-0.

KELSEY, J. L. et al. Measurement Error; Measurement I: Questionnaires. In: KELSEY, J. L.; MARMOT, M. G., *et al* (Ed.). **Methods in observational Epidemiology**. 2nd. New York: Oxford University Press, 1996. p.341-391.

LINACRE, J. M. et al. The structure and stability of the Functional Independence Measure. **Arch Phys Med Rehabil.**, v. 75, p. 127-132, 1994.

MEINERT, C. L.; TONASCIA, S. **Clinical trials: design, conduct, and analysis**. New York, NY: Oxford University Press, 1986. 469 ISBN 0-19-503568-2.

MERCHAN-HAMANN, E. et al. **Desenvolvimento de Metodologia para o aprimoramento e validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IFBrA) - Relatório Final** MERCHAN-HAMANN, E. e CORRÊA-FILHO, H. R. Brasília - DF: CDT/UnB: 175 p. 2016.

PEREIRA, É. L.; BARBOSA, L. **Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro - RJ: ABRASCO. 21: 3017-3026 p. 2016.

SABARIEGO, C. **Avaliação da deficiência após a convenção internacional dos direitos das pessoas com deficiência: \_ Estudo comparativo entre os instrumentos utilizados para a efetivação dos direitos previdenciários no Brasil e na Alemanha**. MINISTÉRIO DA FAZENDA. Brasília DF: Secretaria de Políticas de Previdência Social - Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional,; 44 p. 2016.

SACKETT, D. L. et al. **Clinical Epidemiology: A basic science for clinical evidence**. 2nd. Boston/Toronto/London: Littel, Brown and Company, 1991. 441 ISBN 0-316-76599-6.

SANTOS, W. **Modelo social, interdisciplinaridade e intersetorialidade: desafios às políticas sociais para a deficiência no Brasil**: 261-280 p. 2015.



---

\_\_\_\_\_. **Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão.** Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo SP. 21: 3007-3015 p. 2016.

SZKLÖ, M.; JAVIER NIETO, F. **Epidemiology beyond the basics.** 2nd. Sudbury - MA - USA and Mississauga - Ontario - Canada: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2007. 488 ISBN 0-7637-2927-2 and 978-0-7637-2927-1.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda., 2003. 685 ISBN 85.326.2751-X.

UN - UNITED NATIONS. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities - United Nations - Human Rights.** RIGHTS, U.-H.-U. N.-H. New York: UN -United Nations 2006.

WHO. **World report on disability - World Health Organization.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data - Programmes. THE WORLD BANK. Geneva SW: WHO: 350 p. 2011.

WHO/OMS. **International classification of functioning, disability and health: ICF short version.** 2001. Geneva SW: WHO, 2001. 228 ISBN 92-4-154544-5. Disponível em: < <http://arquivo.esse.ips.pt/esse/cursos/edespecial/CIFIS.pdf> >.