



---

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

## Produto 9

---

**Produto 9 – Documento técnico contendo análise das políticas públicas sobre deficiência e os desafios na classificação e valoração delas e o estado da arte sobre modelos nacionais e internacionais de avaliação, classificação e valoração das deficiências.**

(Versão preliminar)

Brasília, outubro de 2019.



---

## Equipe coordenadora:

Ms. Ana Paula do Nascimento Barros – Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)/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 nono produto da Carta Acordo firmada entre a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD), 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 técnico contendo análise das políticas públicas sobre deficiência e os desafios na classificação e valoração delas e o estado da arte sobre modelos nacionais e internacionais de avaliação, classificação e valoração das deficiências.**

O produto busca traçar algumas reflexões sobre as formas como as políticas públicas para pessoas com deficiência foram (e estão sendo) construída no Brasil, as repercussões dessa construção na produção de formas de avaliação e acesso, bem como apresentar um panorama internacional sobre as formas como os variados países têm se discutido e implementado a avaliação da deficiência. Trata-se de realizar e apresentar à SNDPD um pequeno estado da arte da produção científica e de políticas públicas no que se refere a avaliação da deficiência.

Isso se faz importante por, pelo menos, duas grandes razões: a primeira, de ordem contextual, por posicionar a iniciativa brasileira com a construção de um modelo unificado de avaliação no contexto internacional, demonstrando os avanços e potencialidades do Índice de Funcionalidade Brasileiro na avaliação da deficiência. A segunda, pela sua função científica: (re)conhecer a produção de outros pesquisadores sobre a temática ao redor do globo pode gerar novas perguntas e/ou reforçar hipóteses de investigação do projeto de pesquisa em tela. Assim, o presente empreendimento pode ser considerado estratégico para a produção da pesquisa.

Para que a pesquisa de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) fosse realizada, inúmeros movimentos nesse sentido foram realizados. Pesquisas acadêmicas em artigos científicos, busca em banco de dados de



---

políticas públicas de diferentes países, realização e/ou participação de seminário sobre a temática, entre outros.

Cabe destacar uma das atividades organizadas pela equipe de pesquisa da UnB. Trata-se, conforme descrito no Produto 05, do Workshop “*Doenças Raras e Pessoas com Deficiência*”. Este evento ocorreu no dia 29 de março de 2017, no Auditório 01 da Faculdade de Saúde – UnB, com duração de quatro horas, das 14h às 18h, com a presença do Dr. Armando J. Vásquez Barrios, assessor em deficiência e reabilitação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) de Washington DC. O evento foi organizado pela equipe do projeto de pesquisa da UnB, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Este documento está sendo apresentado em sua versão preliminar. Nele, será apresentada a estrutura dos itens a serem desenvolvidos e esboçadas considerações iniciais sobre os instrumentos internacionais. Ele sofrerá alterações e será reapresentado à equipe da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD).



## Considerações Iniciais

Ao longo do desenvolvimento da Carta Acordo, diferentes atividades e produtos foram entregues à SNDPD como forma de acompanhamento da pesquisa de validação e como instrumentos de construção de um caminho lógico de pesquisa para o projeto em tela. Entre esses produtos, alguns podem ser considerados mais de ordem organizacional, outros mais técnicos e analíticos.

O Produto 03 (entregue ainda no ano de 2017), que teve como proposta produzir material para ser utilizado como baliza teórica metodológica das equipes de validação – e de pós-validação – apresentou um conjunto de textos de diferentes autores que abordaram a evolução das políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil. Os autores, por solicitação da equipe da Universidade de Brasília, elaboraram textos reflexivos sobre as mais diversas políticas e as formas de acesso e de avaliação. Discussões sobre os instrumentos utilizados (como o caso do BPC e do IFBrA) e os em processo de validação (como o histórico do IFBr original) foram postos em debate para construir uma base sólida sobre a qual a pesquisa de validação assentou sua produção teórica e metodológica ao longo dos anos de investigação. Abaixo elencamos os títulos e trazemos um pequeno resumo dos textos apresentados:

O capítulo 1 intitulado “O conceito de Deficiência”, escrito por Ana Rita de Paula, apresenta o conceito de deficiência como complexo e multidimensional. A autora parte da perspectiva fenomenológica, imbricando a discussão sobre deficiência em diferentes âmbitos. Segundo Ana Rita, a deficiência deixou de ser um atributo da pessoa e se tornou alvo de avaliações sobre o seu significado.

Seu ponto de partida é a ideia de que o corpo visto é uma categoria histórica: se no passado a deficiência era alvo de interpretações metafísicas, vista no âmbito do divino, na atualidade se compreende o corpo e a deficiência como uma das expressões da diversidade humana e não mais como infortúnio individual. Para a autora, o corpo humano abriga um sujeito psíquico, social e histórico. Neste sentido, exige vários saberes e diferentes abordagens pois a deficiência é um fenômeno humano cuja totalidade é impossível de ser abarcada. O texto apresenta uma historiografia da



deficiência por períodos paradigmáticos. Desde a Antiguidade existe uma concepção de que o corpo deficiente não é humano. Na era cristã, a noção de humanidade das pessoas com deficiência é reconhecida pelo prisma religioso e as pessoas se tornam alvo da caridade. Ainda hoje há instituições filantrópicas, especialmente no Brasil, que são dedicadas ao cuidado de pessoas com deficiência. De igual modo, a Idade das Luzes viu nascer a razão e a atenção às pessoas com deficiência foi revestida de Ciência, mas permanecia o construto social de que a deficiência era decorrência de doença e infortúnio. Acrescido a este discurso, as ideias eugenistas ganharam força no século XX e ainda permanecem no imaginário quando se reflete acerca da deficiência, especialmente na modernidade com o capitalismo que valoriza a não produtividade de pessoas com deficiência de forma negativa. Por outro lado, a deficiência sendo concebida como consequência de doença e de acidente de trabalho impulsiona os trabalhadores a reivindicarem mudanças sociais e políticas.

Embora o discurso biomédico não mais seja o discurso dominante nos dias de hoje, ainda é possível verificar suas premissas em diversas iniciativas relacionadas à deficiência. A autora destaca o desenvolvimentismo, que é um modelo pedagógico de correção pela educação fisioterápica e neuroestimulante, que avalia o grau de inteligência e funcionalidade física, tendência que reforça o saber exclusivamente biomédico. Isto é, o fenômeno da deficiência continua atrelado a noções biomédicas e o corpo deficiente é considerado uma expressão “danificada” do organismo. Logo o saber/poder médico busca “corrigir” corpos deficientes em espaços de segregação espacial e social mantidos por instituições filantrópicas, mantendo a noção de “normalidade” excluída da possibilidade de incluir as pessoas deficientes.

O século XX conhece um período onde há um reconhecimento maior dos direitos de minorias, e a deficiência finalmente adentra no campo dos direitos humanos. O Brasil desenvolve ações de proteção à pessoa com deficiência nomeadamente através de agentes sociais e ONG's, além da luta política dos familiares e amigos de pessoas com deficiência, criando os espaços necessários com pouca participação do poder político.

Os espaços institucionais existentes eram marcados pelo signo da custódia, do isolamento das pessoas do convívio social. Novos paradigmas de cuidado surgem e a deficiência passa a ser um tema científico, de estudo. Invariavelmente tais estudos se



dedicam a contar a trajetória dos movimentos sociais em torno da deficiência que desemboca no modelo social da deficiência, cujo discurso é construído por pessoas com deficiência e com conhecimento universitário. O modelo social da deficiência é apresentado como uma contra-hegemonia ao discurso biomédico e se junta ao modelo educacional, psicossocial e modelo marxista dentre outros citados pela autora. Contudo é a contradição e a ideia de construção coletiva acerca do atendimento das necessidades de pessoas com deficiência que permitem o aprofundamento no entendimento do que é deficiência, compreensão ofertada pelo modelo social. Isto é, há países desenvolvidos que possuem estratégias de suporte e garantem a acessibilidade de todos e há países mais pobres onde a sobrevivência ainda não está garantida para todos.

Assim, o discurso social apresenta robustez e consistência por se apoiar em dois pilares: compreende o preconceito em torno da deficiência como a origem das desvantagens sociais que as pessoas deficientes possuem e consideram que são as causas sociais tais como pobreza e desigualdade econômica, que escamoteiam um sistema que vê a disfuncionalidade como desviante e anormal pois oculta as determinações sociohistóricas que estão na fonte destes problemas. Uma das maiores conquistas do modelo social reside no reconhecimento social com espaço de fala das pessoas com deficiência para tratarem de questões que lhes concernem, retirando a representação de médicos e familiares.

No século XXI a pessoa com deficiência ganha uma nova representação social: a de consumidor de produtos capazes de modificar o meio ambiente no esteio de um discurso fisiátrico e no escopo da interpretação da deficiência como fenômeno relacional no qual os problemas podem ser resolvidos uma vez retiradas as barreiras arquitetônicas, surgindo com mais vigor o propósito da inclusão social no modelo social. As políticas públicas brasileiras avançam progressivamente a uma maior organização nacional para além da adaptação dos espaços. Este avanço é destacado pela autora como proveniente do movimento social das pessoas com deficiência e se traduz em leis e decretos que instrumentalizam meios de defesa de direitos e consequentemente alteram a noção de deficiência para uma condição humana, tal como a feminina ou a étnica racial, sendo injustificada a restrição de participação social.

O segundo capítulo (Capítulo 2) intitulado A concepção sobre deficiência nas políticas públicas no Brasil: revisão histórica, também de autoria de Ana Rita de Paula,



faz um resgate histórico da constituição de Legislações Brasileiras destinadas às pessoas com deficiência. No Brasil, houve forte mobilização dos movimentos sociais, durante a década de 1970 e 1980, de forma a lutar pelo reconhecimento do *status* de cidadão deste público. A autora também desenvolve suas reflexões demonstrando como o conceito de deficiência foi sendo alterado nas leis brasileiras em cada período histórico.

Na década de 1970, as políticas destinadas às pessoas com deficiência eram de caráter especial e acabavam promovendo medidas segregatórias ao invés de universais. A década de 1980 foi fundamental para construção e organização do movimento das pessoas com deficiência para a luta do reconhecimento da cidadania, da autonomia, e da plena participação na sociedade. A força deste movimento social foi sendo produzida, principalmente, com a participação no processo Constituinte que levou à construção da Constituição Federal de 1988. As reivindicações tanto no campo da saúde, da assistência social, do trabalho, da educação, entre outras, foram contempladas.

A década de 1990 foi determinante para implementação de várias políticas. A exemplo tem-se o Sistema Único de Saúde, garantindo saúde universal; o Estatuto da Criança e do Adolescente, promovendo educação inclusiva; e a Política de Assistência com a garantia da habilitação e reabilitação e a instituição de um salário mínimo à pessoa idosa ou com deficiência que não possua meios de manutenção da vida em condições dignas.

As legislações construídas no Brasil têm como objetivo assegurar a Proteção Social das pessoas com deficiência rompendo com a lógica assistencialista existente pré-Constituição de 1988. O país vem sendo reconhecido internacionalmente como vanguardista pelas abrangências de suas políticas públicas referentes à deficiência, sendo o maior em legislações em todo território americano.

A contribuição que a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência trouxe para o país colaborou para modificações no conceito de deficiência, fazendo com que as barreiras sociais passassem a ser consideradas como responsáveis pela restrição de participação social. Tal definição traz uma dimensão psicossocial da deficiência que reflete na construção das políticas públicas. Assim, as legislações que asseguram bens e serviços a pessoas com deficiência vem sendo organizadas de forma a assegurar uma educação inclusiva, acesso ao mercado de trabalho e a participação social em par de



igualdade. Sendo respaldadas, atualmente, pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015).

Já no Capítulo 03, Os desafios para a construção de um modelo de avaliação da deficiência, de autoria de Livia Barbosa e Éverton Luís Pereira, apresenta o quão desafiador é determinar o que é deficiência. Os autores argumentam que com a publicação da Lei Brasileira de Inclusão (LBI), o Estado brasileiro reconheceu que a avaliação da deficiência deverá ser multiprofissional e interdisciplinar e de caráter biopsicossocial. No Decreto 8.954/2017, assumiu-se a responsabilidade de construir modelo de avaliação que irá identificar pessoas com deficiência para fins da proteção social disponibilizada por todas as 28 políticas específicas existentes no país. O modelo de avaliação começa a ser construída em 2017 por meio da validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) por cada uma dessas políticas.

A LBI reproduz o conceito da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, onde deficiência é a restrição de participação sofrida por pessoas com impedimentos em ambientes com barreiras. Nesse cenário, as disputas emergem e coloca-se o desafio político e democrático de garantir que a produção da deficiência pelo Estado, ainda que controversa, atenda ao protagonismo das pessoas com deficiência e siga ao encontro do chamado modelo social do qual o conceito da Convenção é tributário.

O Capítulo 04, Avaliação da deficiência na política de assistência: a experiência do BPC, de Miguel Abud Marcelino tem como objetivo desenvolver argumentos a respeito da avaliação biopsicossocial da deficiência, tendo como base a aplicação do instrumento utilizado na concessão do Benefício de Prestação Continuada – BPC, benefício este instituído pela Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8.742/1993) e administrado pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. O autor divide o capítulo em quatro partes a fim de demonstrar o processo de compreensão da deficiência, o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação e sua aplicabilidade a política social. A última parte do capítulo se subdivide em oito momentos para demonstrar o processo de avaliação da pessoa com deficiência requerente do BPC.

Ao iniciar o capítulo, o autor desenvolve um conjunto de teses sobre “*a construção do modelo em uma perspectiva histórica*”. Miguel Abud apresenta o caminho percorrido pela avaliação da pessoa com deficiência no que se refere ao BPC.



Esse caminho é descrito desde a avaliação realizada com base no modelo biomédico instituído pela Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID, que se baseava nos conceitos de incapacidade para vida independente e trabalho, até a instituição da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, em 2001, que contribuiu para o processo de reflexão dos critérios de acesso ao benefício.

O autor faz um resgate das alterações na LOAS que buscavam apropriar o conceito de deficiência trazido pela Convenção sobre os direitos da pessoa com Deficiência e pela CIF. Aponta também o debate oriundo da instituição do Decreto nº 6.214/2007, que contribuiu para a discussão da implantação de um modelo de avaliação da deficiência. Sugere que, para elaborar um modelo de avaliação como este, deve-se considerar também outras experiências, como a da avaliação biopsicossocial para acesso ao BPC.

A segunda parte do capítulo, intitulada *“As versões dos instrumentos de avaliação”*, tem como objetivo apresentar as mudanças já realizadas no modelo biopsicossocial para concessão do BPC que se encontra atualmente em sua terceira versão. A primeira versão tinha como definidor a concepção de vida independente e trabalho e a concessão era baseada no grau de incapacidade. A segunda versão, de 2011, adicionou o corte de dois anos para avaliação de impedimentos de longo prazo. E por fim, a terceira versão, de 2015, exclui a terminologia impedimento, substituindo-a para *“alterações em funções e/ou estruturas do corpo”*, a fim de propor uma compreensão ampla da deficiência.

A terceira parte do capítulo *“Definições que norteiam o atual processo de avaliação biopsicossocial para acesso ao benefício”*, o autor traz as definições que atualmente são utilizadas para o acesso ao benefício. São elas: pessoas com deficiência, impedimento de longo prazo, avaliação da deficiência e do grau de impedimento.

Na quarta parte *“A avaliação biopsicossocial de pessoas com deficiência para acesso ao BPC”*, apresenta como é feita a avaliação biopsicossocial da deficiência para acesso ao benefício. No modelo de avaliação em curso no ano de 2017, a avaliação é considerada auto instrutiva, com perguntas retiradas da CIF ou proposta pelos profissionais responsáveis pela avaliação de todo Brasil que participaram da capacitação que ocorreu entre 2012 e 2014.



O quarto momento do capítulo é subdividido em oito itens que buscam apresentar elementos que constituem a avaliação biopsicossocial da deficiência. O autor demonstra como o segurado é avaliado e quais são os elementos chave levados em consideração para a concessão ou não do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O autor conclui que os instrumentos já desenvolvidos precisam de aprimoramento, mas são referência para a implantação de um modelo de avaliação. Nesse sentido, as reflexões por ele apontadas sobre a construção do instrumento do BPC podem ser relevantes para um reconhecimento do percurso histórico da inserção da avaliação biopsicossocial da deficiência nas políticas públicas brasileiras.

O capítulo 05 foi desenvolvido por Ana Cristina Franzoi e Denise Rodrigues Xerez e tem como título Índice de Funcionalidade Brasileiro – IF-Br: Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros. Segundo as autoras, avaliar as incapacidades é complexo, mas necessário uma vez que o desafio está posto como uma demanda mundial, a despeito das diferenças das condições de vida das pessoas com deficiência. Assim, é imprescindível um instrumento capaz de identificar quem são essas pessoas. Neste sentido, foi criada a exigência legal através do decreto 8954/2017 de haver um modelo de avaliação das deficiências. O IFBr é um documento oficial de classificação e afere o grau de funcionalidade da pessoa com base na CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade que considera o modelo social e se apoia na MIF- Medida de Independência Funcional para avaliar os resultados.

As autoras informam que o instrumento passou por duas fases: a primeira foi a coleta de insumos com o uso de indicadores socioeconômicos produzidos pelo governo brasileiro e foi realizada com pesquisa qualitativa utilizando grupos focais com pessoas com deficiência. A segunda etapa desenvolveu o instrumento a partir do contato em reuniões com especialistas.

Foram definidos eixos centrais na avaliação do instrumento, tais como ser um instrumento único de aplicação para todos os tipos de deficiência e focado na pessoa não no seu diagnóstico ou deficiência, utilização do método linguístico de Fuzzy, elaboração do instrumento para crianças e jovens, e a importância de uma ficha de identificação e um questionário socioeconômico. Além desses itens básicos, um manual foi elaborado para descrever o processo.



As autoras justificam o uso do modelo linguístico Fuzzy pelo fato de o mesmo ofertar a possibilidade de trabalhar com e/ou corrigir a imprecisão e a subjetividade. Assim, no IFBr original foram propostas três condições, considerando os tipos de deficiência, a saber: deficiências de tipo auditiva- intelectual-cognitiva e/ou mental, motora e visual.

A primeira condição determina os domínios que terão mais peso para cada grupo de funcionalidade. O critério é útil por somar as pequenas necessidades em vários aspectos da funcionalidade e apontar uma grande dificuldade a partir de poucos aspectos. A segunda condição diz respeito a temas emblemáticos que concernem de forma particular cada tipo de deficiência. A terceira e última condição aponta que a necessidade de um cuidador e/ou o auxílio de terceiro, define a incapacidade não obstante a diferença entre as deficiências.

O instrumento para crianças e jovens considerou as faixas etárias. No questionário socioeconômico se privilegiou os seguintes dados: demografia, educação, mercado de trabalho, renda e infraestrutura a partir de perguntas adaptadas da PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio e PME – Pesquisa Mensal de Emprego.

As autoras apresentam as balizas para as pontuações das avaliações nas quais a totalidade do IFBr é variante entre 25 (pior) e 100 (melhor) nos adultos. Para as crianças, consideradas naturalmente dependentes, a valoração máxima não alcança a totalidade de 100.

O Capítulo 06, Condicionantes e requisitos estruturais para a pesquisa Epidemiológica sobre Deficiência, de autoria de Heleno Rodrigues Corrêa Filho, discute os fundamentos da pesquisa epidemiológica sobre pessoas com deficiência (PcDs). O texto estabelece como referência as fontes conceituais fundamentais para formular projetos na área e situa quais são as fontes sociais que informam problemas a serem resolvidos e superados considerando as fronteiras atuais do conhecimento.

Além disso, descreve pressupostos éticos sobre a pesquisa clínica e social com PcDs e destaca, dentre os vários tipos de delineamento epidemiológico, a necessidade atual de conduzir estudos de aprimoramento diagnóstico sobre a capacidade, acurácia e efetividade dos métodos empregados para avaliar deficiências e seu atributo de gravidade. Conclui apresentando a proposta de que o estágio atual da arte de validar instrumentos para a pesquisa epidemiológica com PcDs seja voltado para um dos



---

aspectos gerais da validação envolvendo métodos próprios para realizar estudos de aprimoramento diagnóstico sobre capacidade instrumental, acurácia e efetividade.

Também de autoria de Heleno Rodrigues Corrêa Filho, o Capítulo 07, Pesquisa Epidemiológica sobre Deficiência, analisa parcialmente as opções para cálculos amostrais de proporções e suas respectivas opções de delineamento de pesquisa, considerando não realizar pesquisa quantitativa em caso de políticas de público alvo reduzido. Também, analisa a composição de fases qualitativas e quantitativas.

Neste sentido, considera-se que uma discussão sobre as políticas públicas em nível nacional já foi realizada pela equipe de pesquisa. Sem essa discussão e sistematização do conhecimento, não teria sido possível esboçar o caminho trilhado na condução do processo de validação. A proposta é utilizar a experiência brasileira como parâmetro de comparação com outros países.



---

### **Proposta de organização das reflexões internacionais**

1. Convenção e a mudança no paradigma da deficiência – Grupo de Washington e as deliberações mais recentes;
2. Experiência de países do continente americano;
3. Experiências de países europeus;
4. Avanços e desafios apresentados pelos modelos dos países;
5. Semelhanças e diferenças com o processo disparado no Brasil de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM);
6. Aproximações das formas de avaliar a deficiência dos diferentes contextos com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD).



---

## **Reflexões preliminares e iniciais sobre o contexto internacional**

As reflexões que serão aqui transcritos são preliminares e estão sendo trazidas ainda sem um rigor metodológico quanto a sua busca. Trata-se de uma primeira sistematização que gerou novas buscas e está auxiliando na consolidação da versão final do presente produto.

## **Conceitos e Modelos Internacionais de Avaliação da Deficiência**

O objeto aqui reside no levantamento bibliográfico preliminar de modelos de avaliação da deficiência no Brasil e em outros países. Neste momento, esta descrição não pretende ser exaustiva. Buscou-se, através da ferramenta de pesquisa Google e Google Acadêmico, textos oficiais e não oficiais, utilizando a expressão “avaliação da deficiência” em alguns países previamente selecionados. O critério de seleção prende-se ao conhecimento empírico sobre o nível de desenvolvimento das políticas sociais em geral e especificamente na política de atenção às pessoas com deficiência de cada nação.

Nesse momento e para essa busca, considerou-se a realidade do Canadá, Estados Unidos, Chile, Argentina e países da União Europeia. Os modelos utilizados por estes últimos foram objeto de extensa pesquisa da Comissão Europeia que analisou as diferentes formas de avaliação da deficiência, a partir das recentes mudanças filosóficas e conceituais nesta área.

Os resultados obtidos pelo Google Acadêmico limitaram-se a artigos científicos sobre avaliação de deficiências causadas por determinadas doenças ou quadros incapacitantes, tais como acidente vascular cerebral, lesão medular, cegueira, entre outros, não considerando o fenômeno da deficiência como um todo, nem mesmo apresentando abordagens que analisem as situações dos diferentes países. Diante disto, esses textos não foram analisados neste momento.



Já a ferramenta de pesquisa do Google em geral resultou em arquivos relevantes para serem expostos, indicando conceitos, metodologias e instrumentos de avaliação utilizadas oficialmente pelos governos dos países selecionados.

Considerando que os modelos de avaliação são determinados pelos conceitos de pessoa com deficiência adotados historicamente e os paradigmas a eles vinculados, é fundamental explicitá-los para compreender as razões que levam os especialistas a utilizar este ou aquele método, além da escolha dos instrumentos de avaliação.

Assim, em termos históricos, podemos localizar nos anos 80 o aprofundamento das preocupações da sociedade civil e dos governos em relação às pessoas com deficiência, impulsionado pelo Ano Internacional da Pessoa Deficiente, decretado pela ONU de 1981. O conceito de deficiência deste período era eminentemente organicista e o conhecimento da deficiência era colocado nas mãos dos médicos e particularmente dos médicos especialistas.

O modelo adotado pelo Chile foi criado pelo Decreto-Lei nº 3.500, de 1980 através das Comissões Regionais de Medicina e a Comissão Central de Medicina, publicando as “Normas para avaliação e qualificação do diploma de invalidez dos trabalhadores afiliados ao sistema de aposentadoria”, tornando-se um exemplo de método fruto do pensamento da época (CHILE, 2019; CHILE, 2012)

Ele corresponde a uma escala graduada que contém, em ordem crescente, categorias ou classes que quantificam a incapacidade. Este método persiste no dias atuais. Centrado na avaliação médica, busca uma pretensa objetividade, atribuindo classes e frequências, numericamente nomeadas e a partir de cálculo baseado em fatores subjetivos do médico avaliador. Trata-se de um modelo pouco usual frente a forma adotada por outros países, que dispensa instrumentos padronizados. Este modelo é também baseado em legislações antigas, do final do século passado.

Considerando que os diferentes modelos encontrados para esta descrição repetem-se em diversas nações e que o estudo da União Europeia, já citado, contempla os tipos mais frequentemente utilizados, resolveu-se apresentá-los segundo as categorias criadas pela pesquisa realizada nesta região.

No relatório da pesquisa mencionada (EU, 2018), é demonstrado como a deficiência é avaliada no contexto de uma variedade de benefícios e esquemas de apoio



nos estados europeus. A avaliação da deficiência é amplamente utilizada para determinar a elegibilidade para direitos, serviços e benefícios nos diferentes países estudados.

De acordo com o relatório Disability Assessment in European States and Synthesis Report (EU, 2018), os métodos de avaliação encontrados partem de uma condição médica diagnosticada, além de em dificuldades experimentadas em realizar certas tarefas ou atividades (o contexto ambiental) ou em uma interação entre as duas situações. Além disso, mesmo dentro dessas várias abordagens, diferentes métodos podem ser usados.

As avaliações médicas são quase universalmente usadas na deficiência, no entanto, não implica necessariamente que o procedimento de avaliação baseia-se exclusivamente nesta avaliação. Outras dimensões, como a necessidade ou capacidade funcional podem ser acrescentadas.

Dois procedimentos que dependem exclusiva ou principalmente de avaliação médica são discutidos abaixo e são utilizados no contexto europeu. Nos dois casos, a avaliação é puramente médica ou baseada em diagnóstico e não leva em consideração a capacidade ou necessidades reais da pessoa que está sendo avaliada.

O primeiro método a ser aqui apresentado é o método Barema. Este método de avaliação envolve o uso de uma escala fixa estabelecida em uma tabela de acordo com a qual uma certa porcentagem de incapacidade está associada a deficiências específicas.

Um relatório do Conselho da União Europeia de 2002 descreve o método de avaliação Barema como uma escala ordinal arbitrária que vincula valores percentuais progressivos para definir a incapacidade (EC, 2003).

A lista ou tabela do Barema é dividida em capítulos que abrangem componentes físicos ou mentais do sistema corporal. Este método, além de se centrar exclusivamente no organismo, ainda não o faz de forma integrativa, desconsiderando que órgãos estão organizados em sistemas dinâmicos e inter-relacionados. Medidas como mobilidade articular, deslocamento respiratório, pressão arterial e visão são usados para estabelecer a deficiência. Uma vez que, no sistema Barema, o impedimento é avaliado em 'partes' o nível geral de deficiência pode ser a soma das classificações dos



impedimentos para várias partes diferentes do corpo. O uso deste método é polêmico e existe grande desacordo quanto a sua consistência na prática.

O relatório Europeu (EU, 2018) também observa que é difícil avaliar o impacto das deficiências de uma pessoa sem considerar os impactos nas atividades mais relevantes para o sujeito.

O uso de tabelas Barema pode ser econômico, na medida em que o método de avaliação pode ser baseado diretamente em um diagnóstico preexistente, que só precisa ser confirmado, e pode promover uma abordagem consistente, na medida em que indivíduos com as mesmas deficiências sempre devem ser avaliados da mesma maneira e com o mesmo resultado. Se por um lado isto é positivo, por outro lado, pode-se ter distorções, quando, por exemplo, diferentes indivíduos, fruto de contextos sociais diversos e com diferentes experiências da deficiência, são classificados na mesma categoria.

Avaliações baseadas no uso de Baresmas ainda são utilizadas hoje em muitos países, como Grécia, Alemanha e Espanha, nas quais este é o principal método de avaliação de deficiências em uso. Vale ressaltar que os países que utilizam este método possuem legislações e conceitos sobre deficiência antigos, anteriores à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e/ou ainda não atualizaram seu arcabouço legal e forma de avaliação para os novos preceitos trazidos pela CDPD.

O segundo método vincula-se à Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade de Desvantagem - CIDID desenvolvida pela OMS. Um dos países que utiliza este método é a Argentina (Decreto 478/1998). O conceito de incapacidade utilizado pela Argentina considera este fenômeno como qualquer restrição ou impedimento que uma pessoa tenha ao realizar uma atividade da forma habitual. Essa incapacidade pode ser temporária ou permanente, reversível ou ser uma consequência direta de um impedimento do indivíduo.

Este país busca avaliar a deficiência expressando-a em porcentagem, utilizando critérios técnicos únicos a serem utilizados pela administração pública, associados a



---

fatores sociais complementares (ambiente familiar e trabalho, situação educacional e cultural) que podem dificultar sua integração social<sup>1</sup>.

Para determinar o grau de incapacidade de uma pessoa, é feita uma avaliação física, psíquica e sensorial, além de outros fatores por equipes multidisciplinares constituídas por um médico, um psicólogo e um assistente social (EU, 2018)

Outro método utilizado para determinar o grau de incapacidade é o Índice de Barthel, uma medida genérica que avalia o nível de independência de uma pessoa com relação ao desempenho de algumas atividades básicas da vida diária (AVD), o tempo gasto com essas atividades e se esses indivíduos precisam de ajuda (MINOSSO et al, 2010). O Índice de Barthel, e suas modificações e interpretações subsequentes, são uma medida simples de aplicar com um alto grau de confiabilidade e validade e que permitem detectar mudanças e evoluções na incapacidade, além de serem compatíveis com outras avaliações.

No entanto, não é baseado em um modelo conceitual específico. Ou seja: não existe um modelo teórico anterior que justifique a escolha de certas atividades da vida cotidiana e não de outras, nem serve para fazer uma avaliação completa do grau de incapacidade de uma pessoa, pois para isso muitos outros fatores devem ser levados em consideração.

Apesar de se reconhecer que o fenômeno da deficiência é extremamente amplo e complexo, não há uma tradução desta complexidade nos instrumentos utilizados. Nos casos em que as avaliações são realizadas por equipes multiprofissionais, como no Chipre, por exemplo, onde esta é feita por três profissionais distintos, pode-se afirmar que a chance de uma abordagem mais holística seja realizada (EU, 2018).

É importante considerar que o Chile é o exemplo de um caso no qual a legislação e o modelo de avaliação proposto é antigo e não sofreu alterações recentes que os atualizassem segundo a CDPD e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Esta questão do período a que se refere as legislações surge em diversos países que, da mesma forma, não alteraram os conceitos e métodos utilizados.

---

<sup>1</sup> Integração social é um termo utilizado nos anos 80, anterior ao paradigma de serviços, ligado ao princípio de inclusão social, portanto anterior à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.



Vários métodos de avaliação de deficiências vão além da consideração do diagnóstico médico ou estado de saúde para considerar o impacto que isso causa no indivíduo, na capacidade de realizar determinadas tarefas ou de acordo com as necessidades de uma pessoa, tendo em vista outros fatores. Os dois principais exemplos de tais métodos de avaliação envolvem a avaliação da capacidade funcional de um indivíduo e avaliação das necessidades de cuidados.

O método de capacidade funcional é uma avaliação que procura estabelecer limitações funcionais. Tais limitações podem ser definidas como limitações ou incapacidade de executar certas atividades como caminhar e levantar, ou atividades mentais, como concentração ou tratamento de conflitos. Esse método de avaliação envolve, portanto, a identificação das habilidades e incapacidade de um indivíduo, onde a falta de habilidade está relacionada a uma condição de saúde.

A avaliação pode envolver uma série de declarações para cada tarefa, descrevendo diferentes níveis de habilidade ou incapacidade. A avaliação pode envolver testes padronizados que medem o desempenho e a capacidade de um indivíduo para executar determinadas atividades.

Nesse método, o avaliador descreve as habilidades e inabilidades da pessoa que está sendo avaliada, ou o descritor mais próximo da situação dessa pessoa é indicado. É importante salientar que limitações funcionais podem ser distinguidas dos sintomas (como dor e fadiga), limitações de atividades (como tarefas de autocuidado e jardinagem) e restrições de participação (como atividades de lazer e trabalho).

Do ponto de vista de uma avaliação de incapacidade, habilidades ou capacidade funcional são frequentemente avaliados duas áreas: a capacidade de trabalhar, que está frequentemente ligada a uma avaliação da elegibilidade para uma pensão por invalidez total ou parcial ou assistência social, subsídio e a capacidade de cuidar de si mesmo, que está frequentemente ligada a uma avaliação da elegibilidade para suporte relacionado a cuidados ou apoio para a vida independente.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, que foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, é uma classificação dos componentes de saúde de funcionamento e incapacidade estruturados em torno de três componentes amplos: funções e estrutura do corpo; atividades (relacionadas a tarefas e ações de um indivíduo) e participação (envolvimento em uma situação de vida); com



informações adicionais sobre severidade e fatores ambientais. Compreende o funcionamento e deficiência como uma interação dinâmica entre condições de saúde e contextos fatores pessoais e ambientais. Trata-se de um “modelo biopsicossocial”, promovendo uma associação viável entre modelos médicos e sociais.

Outro método baseado na CIF e desenvolvido também pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é o WHODAS 2.0 que faz uma avaliação genérica de saúde e da deficiência. O WHODAS 2.0 surgiu diante da crítica acerca da dificuldade prática de aplicação da CIF. A OMS desenvolveu o WHODAS 2.0, com pretensões de ser uma maneira padronizada de medir a saúde e a deficiência entre as culturas.

O WHODAS 2.0 é descrito como útil para avaliar os níveis de saúde e incapacidade em geral da população através de pesquisas e para medir a eficácia clínica e ganhos de produtividade das intervenções. Porém ele tem seu uso limitado quando se trata de certificar e valorar a deficiência.

Este instrumento destina-se a avaliar as limitações de atividade e restrições de participação vivenciada por um indivíduo, independentemente do diagnóstico médico, e pode ser usado em todas as doenças, incluindo distúrbios mentais, neurológicos e de drogadição. Isto envolve um questionário descrito como curto, simples e fácil de administrar, sendo que sua aplicação pode levar entre 5 a 20 minutos de duração. O WHODAS 2.0 existe em sete versões diferentes. As versões podem ser administradas por um entrevistador leigo, pela própria pessoa ou por alguém próximo, como um membro da família, amigo ou prestador de cuidados. Além do questionário WHODAS 2.0, um segundo conjunto de perguntas destinadas a identificação de deficiência foi desenvolvida em nível internacional.

Criou-se em Washington um grupo voltado ao estudo de estatísticas sobre deficiências estabelecido pela Comissão das Nações Unidas com a tarefa de promover e coordenar a cooperação internacional na área de estatísticas de saúde e se concentra no desenvolvimento de ferramentas de coleta de dados sobre censos e pesquisas nacionais. Até hoje, este grupo desenvolveu três conjuntos de perguntas: um pequeno e um extenso conjunto de perguntas sobre deficiência, e questões sobre o funcionamento da criança.

Na prática, muitas avaliações combinam elementos de dois ou mais dos vários métodos de avaliação identificados acima. As avaliações às vezes podem usar uma parte



de uma abordagem e parte de outra. Para uma avaliação ser considerada holística é necessário que envolva vários elementos, incluindo uma dimensão médica, uma capacidade funcional, dimensão baseada nas necessidades, além de considerar explicitamente o impacto de fatores ambientais na situação de um determinado indivíduo.

Uma síntese que pode encerrar este trabalho seria a transcrição das

*“preocupações do Comitê (de acompanhamento da CDPD) com relação à avaliação da deficiência que podem ser explicitadas na detecção dos seguintes problemas com os modelos de avaliação dos países europeus:*

- Avaliações focadas no (grau de) comprometimento (s) dos indivíduos, e não nas barreiras que os indivíduos enfrentam;*
- Avaliações com foco em uma abordagem centrada no modelo médico de 'Incapacidade', incluindo o foco na incapacidade de trabalhar;*
- Avaliações com foco na avaliação funcional de habilidades e capacidades, ao invés de reconhecer a interação entre deficiências e barreiras;*
- Critérios de avaliação que resultam em exclusão, especialmente de pessoas com deficiências psicossociais ou intelectuais;*
- Definições de deficiência baseadas em uma perspectiva médica;*
- Definições e entendimentos de incapacidade que negligenciam o 'social e dimensão relacional da deficiência';*
- Definições de deficiência que não abrangem todas as pessoas com deficiência, e particularmente pessoas com deficiências psicossociais;*
- Ausência de critérios juridicamente vinculativos que determinem a elegibilidade para benefícios / Ausência de legislação vinculativa nos níveis nacional e regional sobre as definições de incapacidade;*
- Utilização de diferentes definições de deficiência entre setores e regiões, levando a disparidades no acesso a suporte e serviços;*
- Falta de consistência na aplicação do modelo de direitos humanos da deficiência em todo o Estados Partes”.(EU, 2018)*



---

Por fim, com relação às preocupações do Comitê, nas observações finais, o Comitê europeu declarou explicitamente que definições de deficiência que refletem a abordagem médica da deficiência eram incompatível com o conceito de deficiência na Convenção



## Referências Bibliográficas

CHILE. Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional.. Diario Oficial el 01/03/2012. Disponível em [https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-13129\\_normas\\_2012.pdf](https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-13129_normas_2012.pdf)

CHILE. Preguntas Frecuentes, 2019. Disponível em [https://www.senadis.gob.cl/pag/539/734/preguntas\\_frecuentes](https://www.senadis.gob.cl/pag/539/734/preguntas_frecuentes)

EC. EUROPE COUNCIL. Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique. Annexe 1 au doc. AU 3087 (06/03), 2003.

EU. EUROPE UNION. Disability Assessment in European States ANED Synthesis Report, 2018. Disponível em [https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO27447/ANED\\_2017\\_18\\_Disability\\_assessment\\_synthesis\\_report.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO27447/ANED_2017_18_Disability_assessment_synthesis_report.pdf)

MINOSSO, Jéssica Sponton Moura et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. Acta paul. enferm. vol.23, no.2, 2010.