

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

Brasília, 16 de outubro de 2020

## 1. Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

## 2. Políticas para PcDs e grandes números do orçamento federal

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

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

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

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

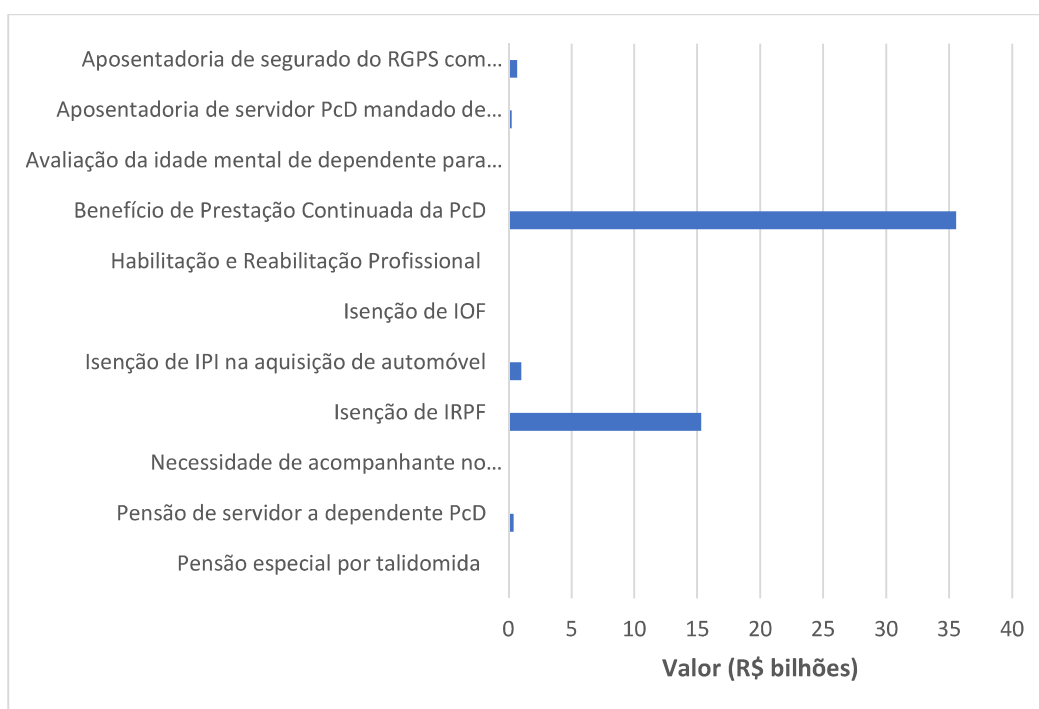
Categoria	Número de políticas	Serviço ou benefício
Não há despesa federal relacionada	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendiz com Deficiência</li> <li>• Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência</li> <li>• Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência</li> <li>• Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência</li> <li>• Horário especial para servidor com deficiência</li> <li>• Meia-entrada para acesso a eventos artístico-culturais e esportivos</li> <li>• Passe Livre Interestadual</li> <li>• Prioridade na devolução do Imposto de Renda de Pessoa Física</li> <li>• Reserva de cargos em concursos públicos</li> <li>• Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência</li> <li>• Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais</li> <li>• Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos</li> <li>• Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)</li> </ul>
Difícil de individualizar a despesa e não depende de avaliação da PcD	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso a serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita</li> <li>• Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infanto-juvenil</li> <li>• Centros-Dia de Referência</li> <li>• Residências Inclusivas</li> </ul>
Não regulamentada	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxílio-inclusão</li> <li>• Pensão de segurado do RGPS a dependente com deficiência intelectual ou mental (concedida nos casos em que for constatada a invalidez)</li> </ul>

Elaboração do GTE.

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

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



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

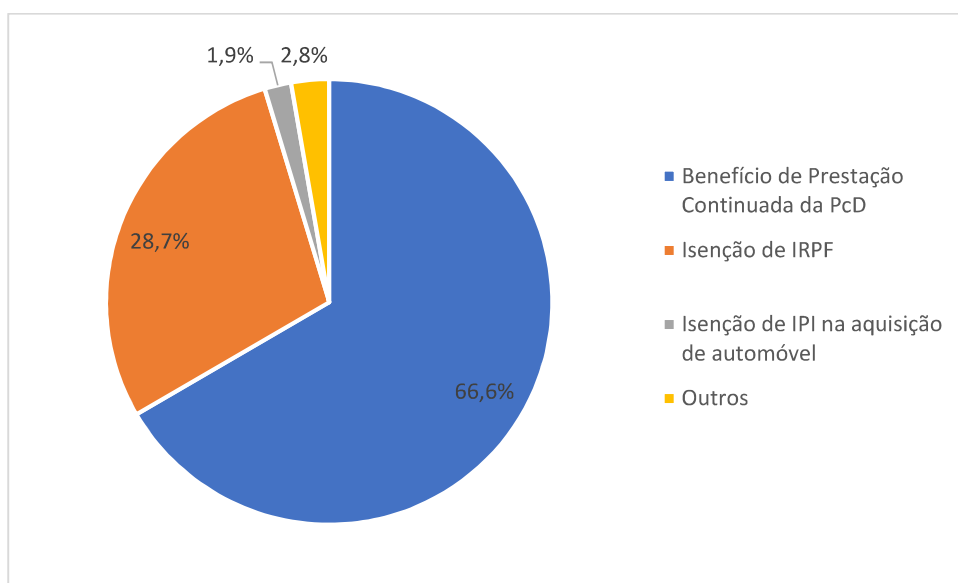
Esse conjunto de políticas é muito heterogêneo, como mostra a figura 1. A maior parte onera relativamente pouco o orçamento federal, isto é, representa apenas algumas dezenas de milhões de reais. No entanto, duas delas se destacam pelas ordens de grandeza relativas: a

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

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

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

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



<sup>1</sup> Da Lei nº 7.713/1998:

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

*...*

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

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

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

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

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

### 3. Avaliações da PcD

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

#### 3.1. Avaliações hoje em dia

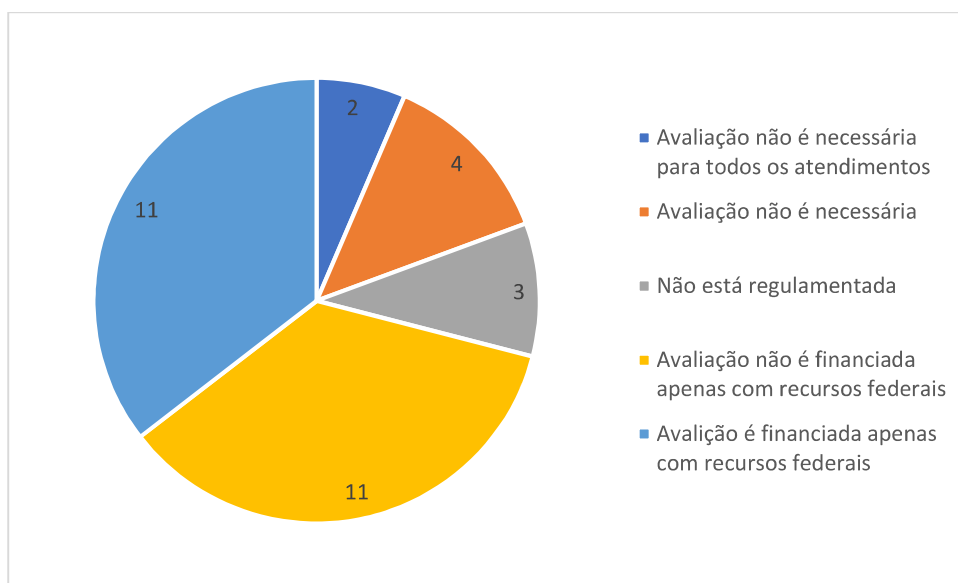
Primeiramente, as políticas são agrupadas de acordo com a obrigatoriedade ou não da avaliação e se a verificação da condição de deficiência é financiada exclusivamente com recursos federais (figura 3), a partir das informações da tabela 1:

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

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

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

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



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

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

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

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

<b>Categoria</b>	<b>Número de políticas</b>	<b>Serviço ou benefício</b>
Um médico	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar</li> <li>• Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência</li> <li>• Isenção de IPI na aquisição de automóvel</li> <li>• Isenção de IOF</li> <li>• Isenção de IR</li> <li>• Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência</li> <li>• Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos</li> <li>• Saque do FGTS para compra de órteses e próteses (Caixa Econômica Federal)</li> </ul>
Junta médica	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aposentadoria de servidor com deficiência por mandado de injunção</li> <li>• Horário especial para servidor acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência</li> <li>• Horário especial para servidor com deficiência</li> <li>• Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência, intelectual ou mental</li> </ul>
Equipe multiprofissional	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita</li> <li>• Aposentadoria de trabalhador com deficiência segurado do RGPS</li> <li>• Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil</li> <li>• Benefício de Prestação Continuada</li> <li>• Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas à pessoas com deficiência</li> <li>• Passe Livre Interestadual</li> <li>• Pensão por talidomida</li> <li>• Reabilitação Profissional</li> <li>• Reserva de cargos em empresas privadas para pessoas com deficiência</li> </ul>
Sem informação	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reserva de cargos em concursos públicos</li> <li>• Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência</li> <li>• Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais</li> </ul>

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

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

Tabela 4: Estimativas do número anual de avaliações de PcDs

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Órgão responsável pela avaliação	Valor (R\$ milhões)
INSS	38,5
SIASS	2,8
SUS	109,3
<b>Total</b>	<b>140,6</b>

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

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

**Tabela 6: Lacunas no número de avaliações**

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

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

### 3.2. Projeções

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

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

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

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

**Tabela 7: Síntese da metodologia de projeções**

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

Fonte: Ipea (2018).

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

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

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

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

**Tabela 8: Descrição dos cenários\***

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

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

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

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

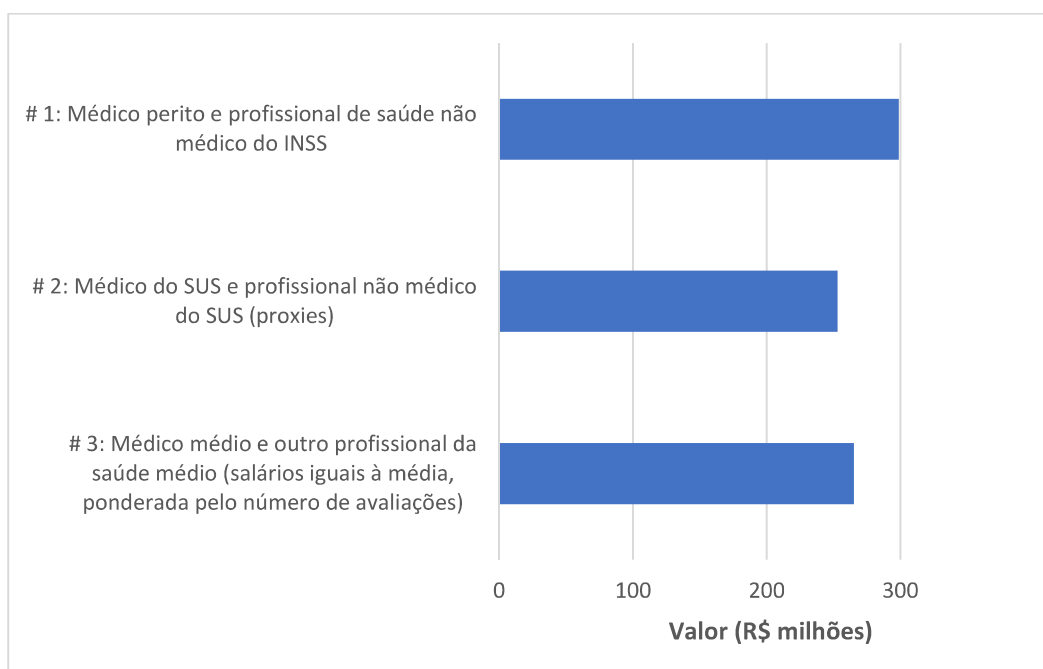
A principal mensagem é que a frequência de reavaliações afeta substancialmente o custo das avaliações sob o modelo único. A ênfase nesse aspecto se justifica porque, hoje em dia, as diferentes políticas demandam reavaliações em prazos variados: por exemplo, a cada 2 anos no caso do BPC, 3 anos para o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

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

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

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

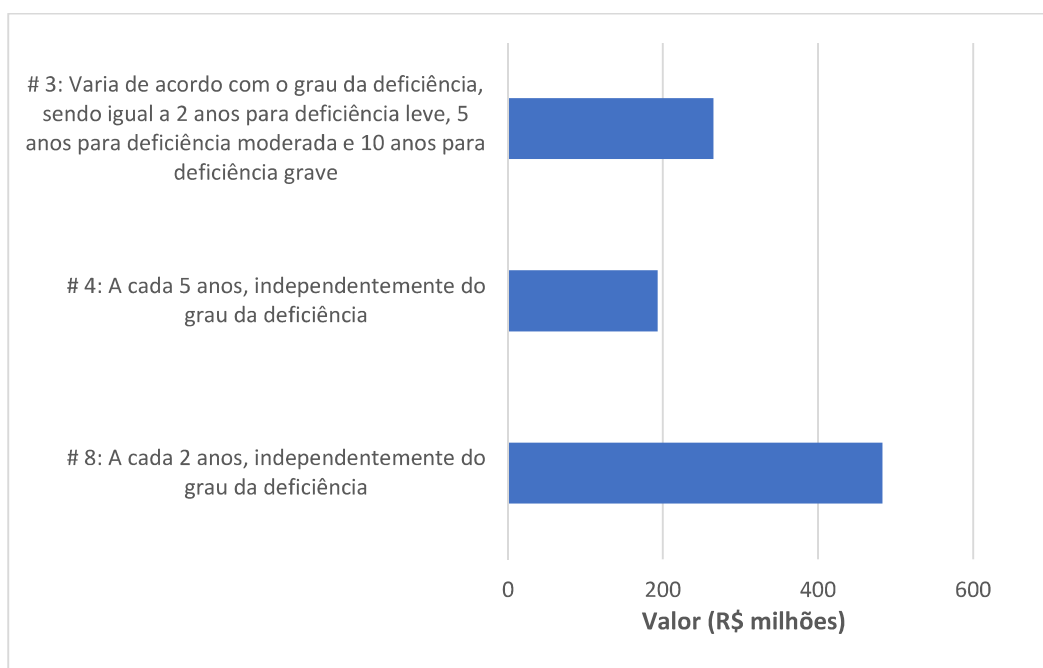
<sup>3</sup> Ação 2589: Avaliação e operacionalização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social e manutenção da Renda Mensal Vitalícia; elementos de despesa 06, 14, 33 e 93 (benefício mensal ao deficiente e ao idoso, diárias – civil, passagens e despesas com locomoção e indenizações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



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

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

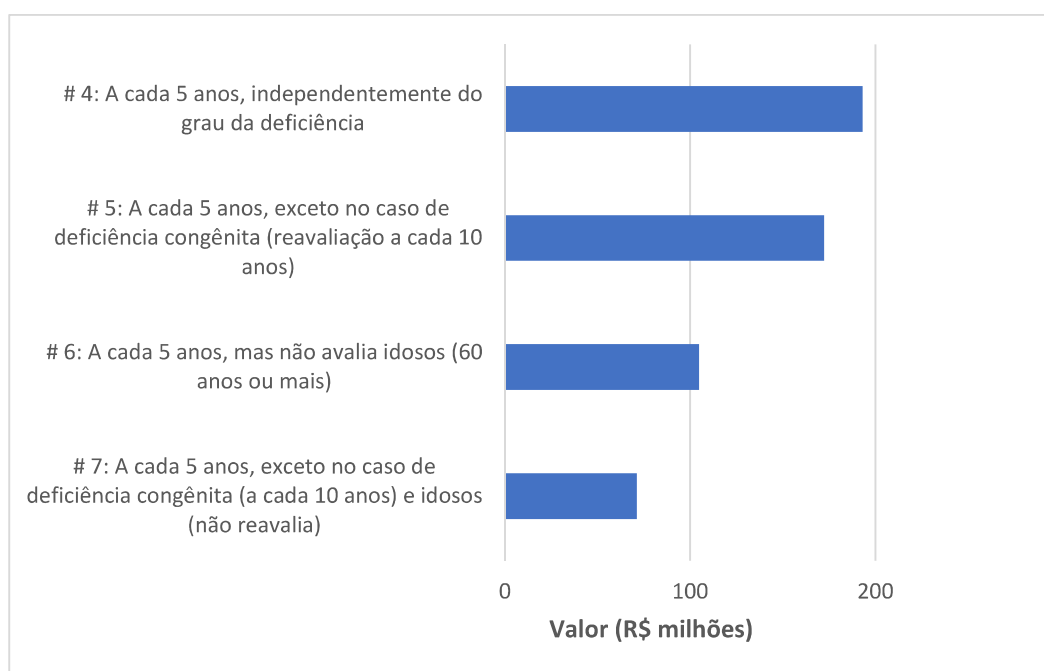
**Figura 5: Cenários para o custo das avaliações sob o sistema único: frequência de reavaliações – média anual dos 10 primeiros anos de projeções**



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

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

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

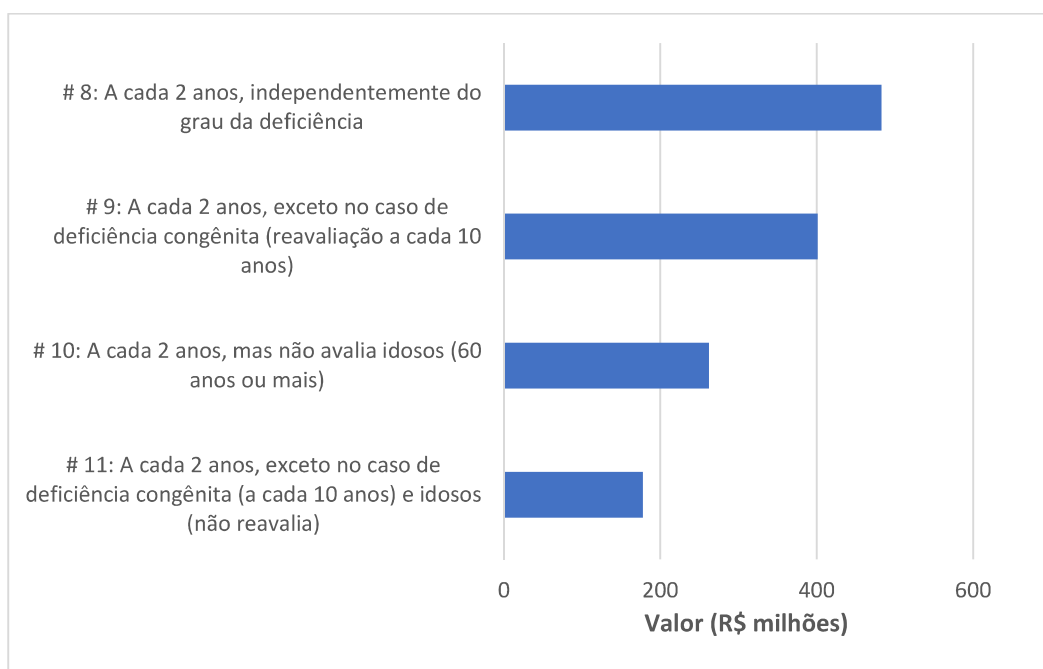


Elaboração do GTE a partir de adaptação da metodologia do Ipea.

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

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





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

Os resultados descritos anteriormente podem ser resumidos do seguinte modo:

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

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

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

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

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

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

#### 4.1. Análise exploratória

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: CIF.

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

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

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

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

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

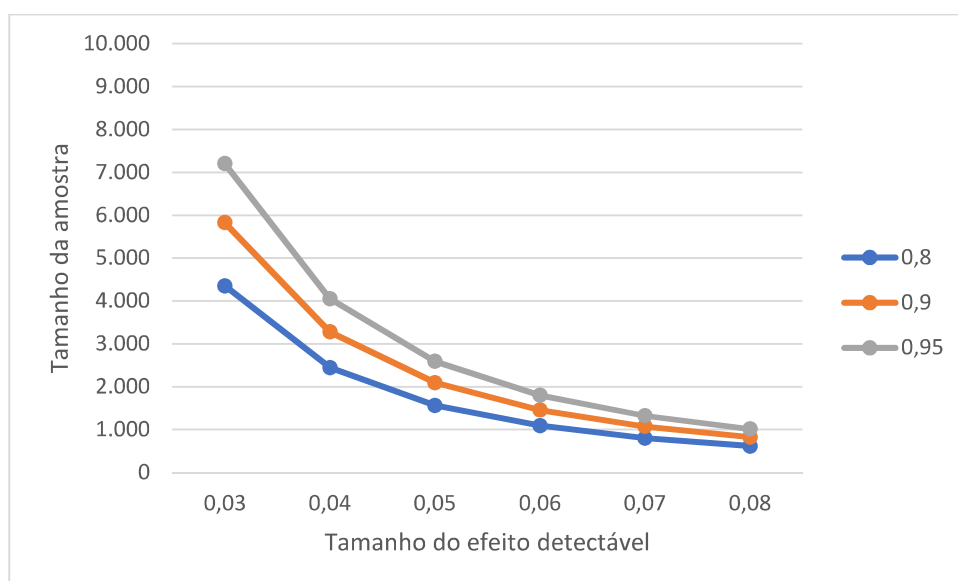
Fonte: UNB, 2020a.

#### 4.2. Avaliação amostral dos requerentes do BPC

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

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

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



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

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

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

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

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

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

**Tabela 13: Encaminhamentos necessários e situação**

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

Elaboração do GTE.

## 5. Considerações finais

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

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

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

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

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

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

## Referências

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

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

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

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

## Apêndice

**Tabela A1: Agenda de reuniões e pautas**

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