

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

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

## 1. Introdução

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

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

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

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

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

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

## 2. Motivação

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

### 2.1 Marco normativo

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

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

*Artigo 1*

*Propósito*

*(...)*

*Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo*

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

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

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

*Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.*

*§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:*

*I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;*

*II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;*

*III - a limitação no desempenho de atividades; e*

*IV - a restrição de participação.*

*§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.*

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

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

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

*propostas sobre:*

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

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

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

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

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

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

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

## **2.2 Desempenho do IFBr-M**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Elaboração própria.

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

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

### 2.3 Instrumento único

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

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

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

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

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

### 3. Descrição da proposta

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

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

#### 3.1 Instrumento de avaliação da deficiência

O instrumento de avaliação consiste em quatro elementos:

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

ambientais).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2 Outros elementos do modelo de avaliação

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

#### a) *Formulário padrão do médico assistente*

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

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

#### b) *Formulário pedagógico*

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

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

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

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

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

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

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

*d) Composição das equipes avaliadoras*

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

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

As principais justificativas estão elencadas abaixo:

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

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

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

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

Portanto, sugere-se que os novos normativos, relacionados ao instrumento e à avaliação unificada, determinem que o exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência de que trata o § 1º do art. 2º da LBI seja atribuição da perícia médica federal.

Do mesmo modo, será necessário ampliar as atribuições dos analistas do INSS que hoje atuam nas avaliações para fins previdenciários e assistenciais (Leis nºs 8.213/1991, 8.742/1993, 10.855/2004 e Decreto nº 8.653/2016), uma vez que passarão a ser responsáveis pelas avaliações para fins tributários. A alteração normativa deverá ainda estabelecer que os analistas do INSS exercerão a supervisão das avaliações realizadas por entidades parceiras.

#### 4. Avaliação

Nesta seção, avaliamos a proposta sob duas perspectivas: impacto orçamentário da introdução do novo instrumento nas políticas públicas e análise do desempenho da proposta em casos reais extraídos da base de dados da pesquisa de campo.

Em síntese, o instrumento proposto aumenta moderadamente a taxa de caracterização da deficiência em relação ao instrumento adotado atualmente no reconhecimento de direito ao

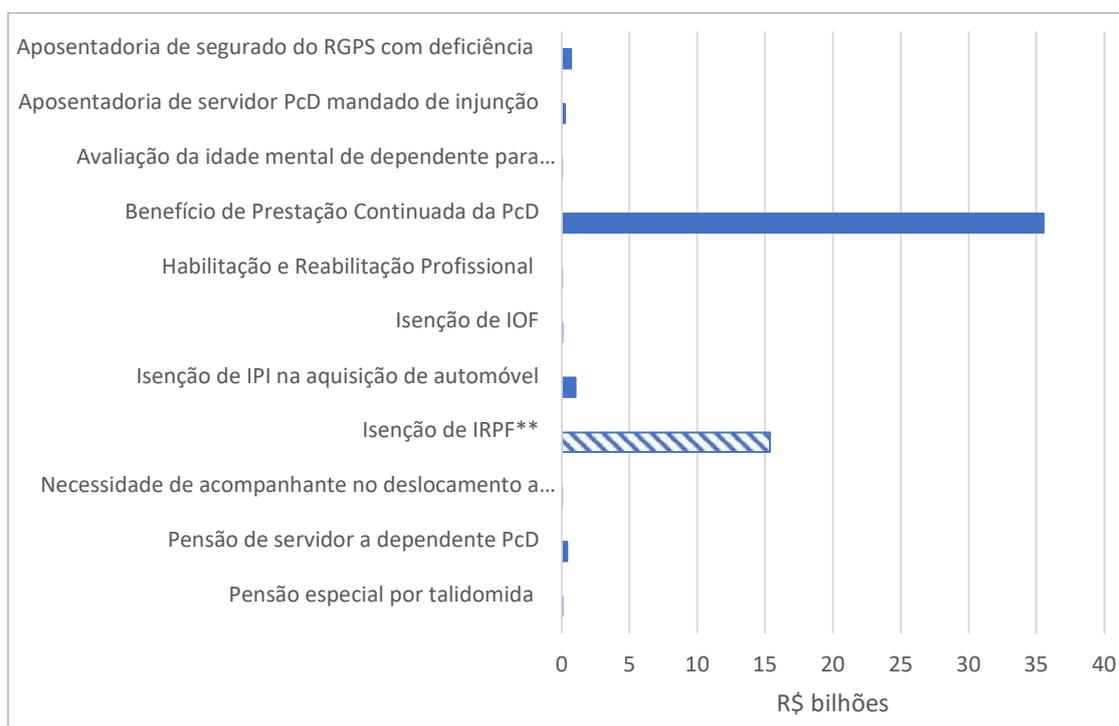
BPC. Mas tal acréscimo é muito inferior ao que seria promovido pelo IFBr-M porque os ajustes empreendidos no instrumento-base eliminam grande parte dos casos de falsos positivos.

No que se refere ao desempenho da proposta na diferenciação das pessoas sem deficiência daquelas com deficiência leve e na classificação das pessoas com deficiência de acordo com as diferentes gradações, os casos exemplificativos apresentados indicam que o instrumento apresenta resultado bastante satisfatório. Além disso, os resultados indicam que a melhora promovida no desempenho decorre da consideração do efeito das alterações em funções e estruturas do corpo.

#### 4.1 Impacto orçamentário

Entre os mais de 30 benefícios e serviços das pessoas com deficiência, o BPC é aquele que, de longe, representa o maior peso no orçamento federal, conforme estimativas da figura 1, extraídas do relatório do Grupo Técnico Especializado do Orçamento. De fato, a despesa anualizada do BPC à pessoa com deficiência é superior a R\$ 35 bilhões, ou seja, uma quantia maior do que o orçamento anual do Programa Bolsa Família. Se excluirmos a isenção de IRPF (R\$ 15 bilhões anuais de gasto tributário) – tendo em vista que ela destina-se também a indivíduos acometidos por doenças diversas (cardiopatia grave, doença de Parkinson, síndrome da imunodeficiência adquirida etc.) – conclui-se que o BPC representa por volta de 90% do total do orçamento federal alocado em políticas das pessoas com deficiência.

**Figura 1: Estimativa da despesa direta ou renúncia de arrecadação na esfera federal referente aos benefícios e serviços da pessoa com deficiência – 2021\***



Fonte: Relatório do Grupo Técnico Especializado do Orçamento. Notas: (\*) Nem todos os benefícios ou serviços oneram o caixa do Tesouro. Projeções para 2021 elaboradas a partir dos dados do orçamento ou de informações disponibilizadas pelos órgãos gestores das políticas. (\*\*) Isenção de IRPF considera não também indivíduos acometidos por doenças diversas, a exemplo de cardiopatia, Parkinson e tuberculose.

Cabe ressaltar que o BPC atualmente já adota um instrumento de avaliação aderente ao modelo biopsicossocial preconizado pela LBI, cuja taxa de caracterização da deficiência é conhecida.

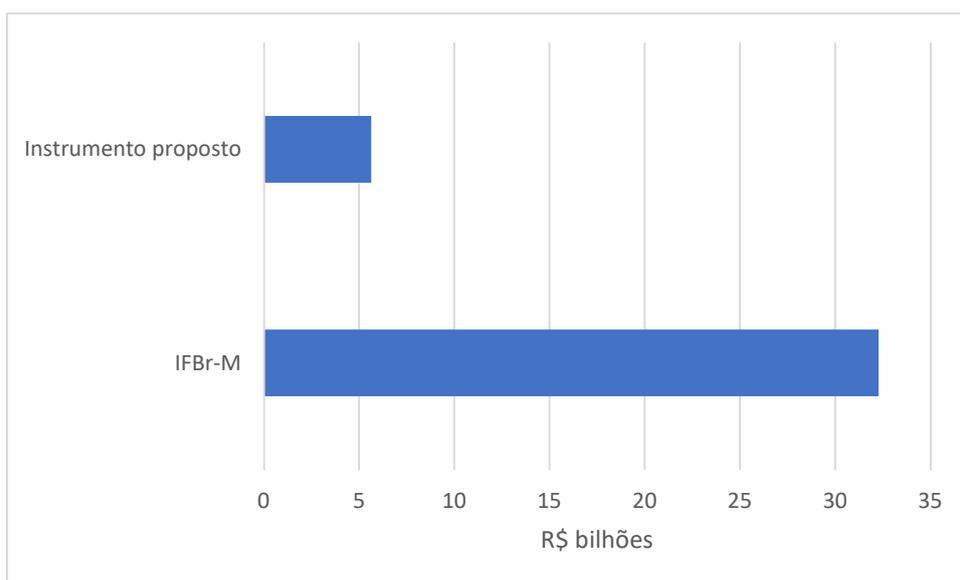
Além disso, dispõe-se de estimativas muito boas para as taxas de caracterização da deficiência do IFBr-M e do instrumento proposto, que foram obtidas dos dados individualizados da pesquisa de campo com requerentes do BPC realizada no INSS. Por outro lado, os elementos necessários para realizar cálculos semelhantes para os demais benefícios e serviços não se encontram disponíveis no momento. De todo modo, dada a importância relativa das diferentes políticas no orçamento federal, o efeito global tende a ser dominado pelo impacto no BPC à pessoa com deficiência.

A seguir, apresenta-se uma estimativa simples do impacto potencial do IFBr-M e do instrumento proposto na despesa federal com o BPC. Não se trata da estimativa mais adequada para a verificação da adequação orçamentária-financeira, por motivos que devem ficar claros nos próximos parágrafos. Para replicar os cálculos, os seguintes insumos são necessários:

- Taxa de caracterização do instrumento do BPC: 49,7% (fonte: pesquisa de campo com requerentes do BPC);
- Taxa de caracterização do IFBr-M: 94,9% (fonte: pesquisa de campo com requerentes do BPC);
- Taxa de caracterização do instrumento proposto: 57,6% (fonte: pesquisa de campo com requerentes do BPC); e
- Despesa anualizada com o BPC: R\$ 35,5 bilhões (estimativa para 2021 extraída do relatório do Grupo Técnico Especializado do Orçamento).

A taxa de caracterização do IFBr-M é 45,2 pontos percentuais superior à do BPC, ou seja, 90,9% maior em termos proporcionais. A estimativa do impacto potencial do IFBr-M no orçamento é baseada na consideração de que a diferença proporcional na taxa de caracterização da deficiência (isto é, o percentual de pessoas avaliadas que têm o direito ao benefício reconhecido) deve refletir-se, no longo prazo, no número de pessoas atendidas e, conseqüentemente, na despesa anualizada com o benefício. Sendo assim, uma estimativa direta e simples do impacto potencial na despesa anualizada é de R\$ 32,3 bilhões (91% de R\$ 35,5 bilhões), conforme mostra a figura 2.

**Figura 2: Acréscimo potencial na despesa anualizada do BPC gerado pela mudança do instrumento (bilhões de reais constantes)**



Elaboração própria.

Do mesmo modo, a taxa de caracterização da deficiência do instrumento proposto é 7,9 pontos percentuais superior à do instrumento do BPC, ou seja, 15,9% maior em termos proporcionais. Assim, a proposta não é neutra do ponto de vista fiscal, pois inclui no público do BPC indivíduos que hoje não têm o direito reconhecido. O acréscimo potencial na despesa anualizada, no entanto, é bem mais moderado do que o do IFBr-M porque não inclui pessoas sem deficiência no público atendido: a estimativa é de R\$ 5,6 bilhões, ou seja, quase seis vezes menor do que a do IFBr-M.

Embora simplificadas, tais projeções são muito úteis porque informam para os gestores públicos, de forma transparente, quais são as ordens de grandeza relevantes para o orçamento federal, mais especificamente, da assistência social. Portanto, além das fragilidades do IFBr-M documentadas nos estudos realizados no âmbito do GTI, conclui-se que esse instrumento não é viável devido ao impacto orçamentário no longo prazo. Um impacto dessa magnitude não é compatível com a perenidade dessa e de outras políticas para as pessoas com deficiência por uma questão de restrição material. Por outro lado, o instrumento proposto deve acarretar um aumento da despesa mais moderado.

Como observado anteriormente, tais estimativas não foram desenvolvidas tendo em vista a verificação da adequação orçamentária-financeira, incluindo o atendimento às regras fiscais e o dimensionamento das medidas de compensação necessárias. Para essa finalidade, deve-se considerar o efeito do novo instrumento de avaliação da deficiência em cada um dos três primeiros anos, sem as inúmeras simplificações adotadas no cálculo acima. Nele supõe-se, por exemplo, que todos os potenciais beneficiários do BPC apresentam seus requerimentos e que eles são concedidos de uma só vez, de acordo com as taxas de caracterização da deficiência estimadas. Mas esse cenário não é realista, pois nem todos os potenciais beneficiários vão apresentar seus requerimentos no mesmo instante e, ademais, o INSS e a perícia médica federal possuem uma capacidade de atendimento fixa no curto prazo. Tais restrições não devem ser desconsideradas se o objetivo for obter estimativas próximas do real impacto orçamentário-financeiro nos primeiros três anos.

## 4.2 Classificação dos indivíduos entre os graus de deficiência

A taxa de caracterização da deficiência é um parâmetro simples e útil para as estimativas do impacto orçamentário, mas a avaliação da proposta deve ser realizada de forma mais ampla. Afinal, esse parâmetro pode ser reduzido excluindo pessoas com deficiência e mantendo pessoas sem deficiência entre o público atendido pelas políticas públicas. Isso pode acontecer se a deficiência for avaliada de forma inapropriada, por exemplo, desconsiderando as alterações em funções e estruturas do corpo.

A proposta descrita neste documento foi elaborada com o auxílio de dados extraídos da pesquisa de campo do INSS. Nessa pesquisa, os requerentes de BPC foram avaliados a partir do instrumento atualmente adotado no reconhecimento de direito e pelo IFBr-M. Cabe lembrar que o instrumento proposto consiste na combinação do IFBr-M e dos formulários de funções e estruturas do corpo e fatores ambientais do BPC, sendo o resultado da deficiência determinado pela tabela combinatória, apresentada anteriormente (tabela 2). Desse modo, os mesmos dados usados para construir a proposta podem ser usados para mostrar, de forma intuitiva, que o instrumento apresenta desempenho satisfatório na classificação dos indivíduos entre pessoas sem deficiência e com deficiência, de acordo com o grau.

A tabela 4 demonstra, através de uma análise sistemática de casos mais simples, que a proposta de instrumento melhora o desempenho do IFBr-M porque inclui a avaliação das funções e estruturas do corpo. A segunda coluna da tabela é uma avaliação subjetiva que diz se o indivíduo com as características definidas nas duas colunas seguintes é ou não percebido como uma pessoa com deficiência pela sociedade. Como os casos dessa tabela são extremos, essa avaliação subjetiva pode até ser considerada imprecisa, mas não incorreta. A terceira coluna descreve o impedimento, ao passo que a quarta coluna informa o qualificador para o componente de funções e estruturas do corpo.

Nota-se que os indivíduos com paraplegia ou tetraplegia com qualificador completo para funções e estruturas do corpo (96% a 100% na escala da CIF) para os quais o IFBr-M indicava deficiência moderada tiveram a gradação aumentada para grave pelo instrumento proposto. O mesmo resultado é verificado para um dos casos da cegueira completa. Por outro lado, indivíduos com transtornos devido ao uso de álcool, obesos, com transtornos de personalidade ou episódios depressivos, mas com alterações leves em funções e estruturas do corpo (5% a 24%), tiveram o grau da deficiência reduzido de leve ou moderado para nenhum. Em todos esses casos, o qualificador de funções do corpo (já agravado no caso de alterações nas estruturas corporais ou quando há perspectiva de piora do quadro) mostra-se de extrema relevância para conciliar o resultado do IFBr-M, referente ao grau de independência no desempenho de algumas atividades, à premissa da segunda coluna.

**Tabela 4: Análise sistemática do efeito das funções e estruturas do corpo no resultado da deficiência**

#	Premissa	Descrição	Caracterização	Mudança em relação ao resultado do IFBr-M
1	É visto como deficiência grave pela sociedade	Paraplegia e tetraplegia	CID10 G82 com qualificador completo para funções e estruturas do corpo	Eleva grau de moderado (2/3) para grave (3/3)
2	Não é visto como pessoa com deficiência pela sociedade	Transtornos Devidos ao Uso de Álcool	CID10 F10 com qualificador leve para funções e estruturas do corpo	Reduz de moderado (4/6) e leve (2/6) para nenhum (6/6)
3	É visto como deficiência grave pela sociedade	Cegueira	CID10 H54 com qualificador completo para funções e estruturas do corpo	Eleva grau de moderado (1/5) para grave (5/5)
4	Não é visto como pessoa com deficiência pela sociedade	Obesidade	CID10 E66 com qualificador leve para funções e estruturas do corpo	Reduz de leve (1/1) para nenhum (1/1)
5	Não é visto como pessoa com deficiência pela sociedade	Transtornos específicos de personalidade	CID10 F60 com qualificador leve para funções e estruturas do corpo	Reduz de moderado (3/4) e leve (1/4) para nenhum (4/4)
6	Não é visto como pessoa com deficiência pela sociedade	Episódios depressivos	CID10 F32 com qualificador nenhum ou leve para funções e estruturas do corpo	Reduz de grave (1/4), moderado (1/4) e leve (2/4) para nenhum (4/4)

Elaboração própria.

Os indivíduos avaliados podem apresentar restrição de participação por diferentes motivos e, no caso dos requerentes de BPC, a participação na sociedade em igualdade de condições com outros indivíduos é frequentemente comprometida pela vulnerabilidade socioeconômica, além

do possível impedimento corporal. Assim, o qualificador das funções e estruturas do corpo constitui um elemento central da proposta porque estabelece a conexão entre o comprometimento da funcionalidade e o impedimento corporal, necessária para a caracterização da deficiência. Portanto, uma proposta que desconsidere a análise médica sobre os impedimentos corporais é inapropriada para diferenciar as pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como para determinar o grau da deficiência.

Os fatores ambientais também afetam o resultado, como é possível notar na tabela 2, na medida em que interagem com as alterações em funções e estruturas do corpo para facilitar ou dificultar participação na sociedade (por exemplo, a adaptação da moradia e o relevo da vizinhança podem afetar imensamente a realização de atividades básicas da vida diária no caso de um cadeirante). A ênfase em funções e estruturas do corpo é explicada, por um lado, pelo fato de que faz uma diferença muito grande no resultado; e, de outro, porque existem interlocutores que apresentam enorme resistência à consideração do exame médico no resultado da deficiência, apesar das evidências de sua relevância.

A tabela 5 descreve alguns casos específicos de forma mais detalhada para não deixar dúvida sobre o desempenho do instrumento proposto. Além da descrição do impedimento e dos qualificadores para os três componentes (funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais), a tabela apresenta um resumo da história clínica e social, bem como dados do exame físico, quando pertinente. Essa lista não é exaustiva, pois, na construção da proposta, vários outros casos foram examinados. A relação de casos é exemplificativa e foi selecionada de forma a abranger os diferentes tipos de impedimento (físico-motor, intelectual, mental-psicossocial, auditivo e visual) em situações nas quais o instrumento proposto mantém, reduz ou eleva o grau da deficiência indicado pelo IFBr-M.

Não cabe aqui discutir cada caso individualmente, mas é interessante chamar atenção para algumas situações específicas. Vale ressaltar que a consideração das funções e estruturas do corpo permite tratar adequadamente as situações em que o comprometimento da funcionalidade é o resultado de alterações leves adquiridas com a idade. Por exemplo, a linha 4 descreve a situação de uma mulher que relata esporão nos pés, bico de papagaio na coluna e artrose, mas sem limitações significativas decorrentes dessas alterações, que são passíveis de controle ambulatorial, medicamentoso e fisioterápico. O instrumento proposto, diferentemente do IFBr-M que atribui grau leve (lembrando que quase todos os adultos são pessoas com deficiência para o IFBr-M, mesmo que o comprometimento da funcionalidade seja mínimo), considera que essa mulher não é uma pessoa com deficiência. Uma situação semelhante é apresentada na linha 16 da tabela, que descreve o caso de uma mulher com relatos de esquecimentos e humor deprimido, bem como outras alterações leves em funções do corpo (hipertensão, enxaqueca, ansiedade, gastrite, fibromialgia e queixas articulares) adquiridas com o avançar da idade.

A linha 9 descreve um caso interessante para contrastar com as situações da tabela 4 referentes a transtornos causados pelo abuso de álcool (lembrando que nenhum daqueles casos é considerado pessoa com deficiência de acordo com a proposta deste documento). O indivíduo descrito nessa linha apresenta deficiência grave pelo instrumento proposto e moderada para o IFBr-M. Esse homem, em decorrência do uso excessivo de álcool por muitos anos durante a juventude, tornou-se incapaz de se locomover sem o auxílio de cadeira de rodas ou de realizar atividades básicas da vida diária, como vestir-se ou preparar refeições, sem o auxílio de terceiros. Apesar de contar com o apoio de alguns amigos, os fatores contextuais não são suficientes para que esse indivíduo possa participar da sociedade de forma satisfatória.

Deve-se observar que, como estamos tratando de um processo de reconhecimento de direito, não é incomum que os requerentes apresentem documentação médica e prescrições de medicamentos visando convencer o avaliador da sua condição de pessoa com deficiência. Às vezes, os requerentes apresentam inclusive mudança de comportamento ao entrar na sala ou consultório do avaliador, conforme relato de profissionais. O profissional, por seu turno, deve realizar a avaliação seguindo o roteiro e os critérios determinados pelo instrumento. No caso do exame médico integrante da avaliação biopsicossocial, a anamnese e o exame físico são procedimentos imprescindíveis, que podem ou não confirmar os laudos e exames apresentados pelos requerentes, e orientam a avaliação das dezenas de itens de classificação das funções do corpo e o preenchimento do quadro de estruturas do corpo e prognóstico.

Na linha 13, por exemplo, tem-se o caso de uma mulher que relata uma série de condições (alega depressão, síndrome do pânico e ansiedade e queixa-se de medos infundados, nervosismo, falta de ar, que não consegue ficar em aglomerações, vontade de chorar, impaciência e agonia na cabeça) e apresenta atestado que sugere acompanhamento médico há mais de três anos. O exame do perito médico, no entanto, não confirma as queixas da requerente e indica alterações no máximo leves em funções do corpo, sendo a patologia passível de controle clínico. Nesse caso, apesar do IFBr-M indicar que a deficiência é moderada, o instrumento proposto conclui que essa mulher não é pessoa com deficiência.

A linha 15 descreve uma história social especialmente dramática, de uma mulher que possui antecedentes de consumo de drogas, já foi reclusa e hoje encontra-se em prisão domiciliar, é viúva, possui quatro filhos e não auferir renda do trabalho. O relato de impedimento mental-psicossocial não é confirmado pela documentação apresentada e nem pelo exame do perito médico, de modo que o instrumento proposto não considera que essa mulher seja uma pessoa com deficiência. Não há dúvida de que se trata de uma pessoa que necessita do apoio do Estado (atualmente, ela é beneficiária do programa bolsa família), mas não devido à condição de pessoa com deficiência, que não foi comprovada pela avaliação.

As últimas linhas da tabela 5 descrevem casos de indivíduos com impedimento visual, mas com graus diferentes de deficiência. Na linha 21, tem-se o caso de um homem com visão monocular e preservação de grande parte da acuidade visual do outro olho, sem outras alterações em funções e estruturas do corpo. Em decorrência do problema na visão, há certo comprometimento da funcionalidade e o grau da deficiência indicado pelo instrumento proposto é leve, enquanto o IFBr-M sugere que o grau da deficiência é moderado. Na proposta, o grau da deficiência seria majorado para moderado se o qualificador de fatores ambientais indicassem barreiras graves. Por fim, a linha 22 descreve a situação de uma criança com alterações graves na visão de ambos os olhos (microftalmia direita e presença de membrana na órbita esquerda) e que, em decorrência disso, apresenta dificuldades grandes para desempenhar atividades esperadas para a sua idade, sendo incapaz, por exemplo, de localizar-se no ambiente.

Os demais casos dessa tabela e os tantos outros analisados durante o desenvolvimento e avaliação da proposta sugerem que o instrumento descrito neste documento apresenta desempenho bastante satisfatório na separação das pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como na classificação dos indivíduos de acordo com o grau da deficiência. A melhora no desempenho em relação ao IFBr-M decorre da consideração adequada dos três componentes que interagem para determinar o quadro de deficiência, quais sejam as funções e estruturas do corpo, os fatores ambientais e as atividades e participação.

É importante ficar claro para os tomadores de decisão que a desconsideração do efeito do impedimento corporal no resultado da deficiência tem como consequência a classificação equivocada de indivíduos sem deficiência como pessoas com deficiência. O comprometimento da funcionalidade pode ser ocasionado por fatores socioeconômicos, alterações leves adquiridas com a idade e doenças passíveis de controle clínico, medicamentoso e reabilitação que prejudicam temporariamente o desempenho de certas atividades, mas a deficiência só deve ser atestada quando tal comprometimento é causado por impedimento de longo prazo e os fatores contextuais são insuficientes para viabilizar a participação plena e efetiva do indivíduo na sociedade.

**Tabela 5: Desempenho da proposta a partir de casos exemplificativos extraídos da pesquisa de campo**

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
1	Auditivo e físico (CID H90 – perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro-sensorial)	Menino de 6 anos	Bom estado geral, corado, sem alterações de humor, orientado e com adequada higiene pessoal. Faz uso de aparelho auditivo há 2 anos. Perda auditiva bilateral moderada diagnosticada há 3 anos. <u>Comunica-se sem limitações</u> . Exame psíquico e mental: normal. Aparelhos cardiovascular, respiratório e osteoarticular: normal. Extremidades: normal.	MMM	M	L
2	Auditivo (CID H903 – Perda de audição bilateral neuro-sensorial)	Mulher de 49 anos	Bom estado geral, corada, sem alterações de humor, orientada e com adequada higiene pessoal. Estudou até a 4ª série, casou-se, teve 7 filhos, mora em região rural e cuida de atividades domésticas. Perda auditiva bilateral de grau profunda. Não usa aparelho auditivo (relata que não servia mais). Relata que não vai à cidade por receio de ser atropelada. <u>Faz leitura labial para comunicar-se</u> .	GMG	M	M
3	Auditivo e intelectual (CID H91 – Outras perdas de audição, CID F71 – Retardo mental moderado)	Mulher de 50 anos	Alerta, globalmente orientada, atitude colaborativa e cordial. Poucas palavras, aversão a raciocínios mais complexos, humor embotado não polarizado e moderada dificuldade de comunicação verbal. Teve dois filhos. <u>Disacusia mista grave bilateral</u> , indicação de aparelho de amplificação sonora (ainda não chegou). <u>Deficit cognitivo e intelectual</u> com episódios de agitação psicomotora e crises de choro, irritabilidade fácil (CAPS), controle medicamentoso.	GGG	G	G
4	Físico e mental (CID M545 – Dor lombar baixa)	Mulher de 45 anos	Bom estado geral e adequada higiene pessoal. Estudou até 8ª série, último vínculo formal em 2004 na função de vendedora, trabalhava informalmente como faxineira até 2005. Relata <u>esporão nos pés, bico de papagaio na coluna, artrose</u> nos joelhos e tornozelos. <u>Apresentou diversos raios X indicando alterações discretas</u> . <u>Exame físico do perito não sugere limitações funcionais significativas</u> . Patologia passível de controle ambulatorial, medicamentoso e fisioterápico.	LLM	L	N

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
5	Físico e mental (CID G44.2 – a Cefaléia tensional)	Mulher de 52 anos	Consciente, orientada, sem deficit de humor ou cognitivo. Estudo até a 3ª série, era doméstica e parou de trabalhar em 2010. <u>Relata fortes dores de cabeça e cansaço.</u> Falta de ar há 2 dias (não fez teste de Covid-19, relatou ser muito alérgica). Sem atestados, exames ou receitas. <u>Exame físico não indica alteração da funcionalidade.</u>	LML	M	N
6	Físico (CID M25.5 – Dor articular, CID M47 – Espondilose)	Mulher de 59 anos	Bom estado geral e adequada higiene pessoal. Diagnóstico de hérnia de disco, lombalgia e tendinites (raios X indicam alterações leves). Relata diabetes, hipertensão, hipertireoidismo e asma. <u>Exame físico não indica alteração da funcionalidade, exceto dor referida no ombro direito.</u>	LMG	M	N
7	Físico e mental (CID I10 – Hipertensão essencial (primária))	Homem de 63 anos	Bom estado geral, humor estável, juízo preservado e bom cuidado com a higiene e aparência. Exerce a atividade de biscateiro (serviços gerais simples). Relata hipertensão e dislipidemia. Apresenta atestado, mas sem exame complementar ou receita. <u>Exame físico não indica alteração da funcionalidade.</u>	LMG	M	N
8	Físico (CID S82.2 – Fratura da diáfise da tibia)	Homem de 42 anos	Bom estado geral, vestido adequadamente e humor rebaixado. Possui ensino fundamental incompleto, exercia a atividade de servente de pedreiro, mas interrompeu há 2 anos, quando sofreu acidente de trânsito. Teve fratura exposta na perna direita com tratamento cirúrgico, houve complicações e <u>amputação de parte da perna.</u> Feridas cicatrizadas, marcha claudicante sem carga na perna direita, faz uso de muletas.	MLG	L	L
9	Físico (CID G82 – Paraplegia flácida, CID G62 – Polineuropatia alcoólica)	Homem de 32 anos	Regular estado geral, emagrecido, corado e hidratado. Aparenta ser bem mais velho, pensamento organizado e coeso e pragmatismo preservado. Relata que manteve <u>uso abusivo de álcool</u> por muitos anos (iniciou aos 14 anos). Abstinência há 3 anos, mas com algumas recaídas. Uso de drogas ilícitas por pouco tempo. Uso recorrente de analgésicos e anti-inflamatórios devido a dores e feridas. <u>Passou a sentir fraqueza nas pernas em 2014/2015 e quadro piorou há 4 anos e passou a necessitar de cadeira de rodas, alterações confirmadas pelo exame físico.</u> Diagnóstico de neuropatia secundária a uso de álcool. É solteiro, mas já	CMG	M	G

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
			teve união estável, mora sozinho e tem um filho de 14 anos. Era beneficiário do programa bolsa família, mas deixou de receber. <u>Precisa de ajuda</u> para ir ao banheiro, preparar refeições, se vestir/ despir e manusear seus pertences. É mantido por amigos, recebe cestas básicas e ajuda financeira.			
10	Auditivo e intelectual (CID F90 – Transtornos hipercinéticos)	Menino de 9 anos	Bom estado geral, discreto deficit intelectual. Mãe informou que o filho foi prematuro e teve atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e após 2 anos iniciou inquietação e agitação. Iniciou investigação aos 6 anos devido ao atraso escolar, <u>diagnóstico de TDAH</u> . Está na 4ª série, não sabe ler ou escrever, apenas copiar. Não tem noção do perigo. Acompanhamento em CAPS. Faz uso de medicamentos.	MLG	M	L
11	Intelectual (CID F71 – Retardo mental moderado)	Menina de 8 anos	Bom estado geral e nutricional, lúcida, parcialmente orientada, fala com certa rouquidão, curso lento, tem dificuldade para escrever o nome. Mãe relata que filha apresenta <u>epilepsia e deficit cognitivo</u> . Quadro de convulsões começou aos 2 anos. Está no 3º ano, porém não tem boa evolução, não alfabetizada. Faz acompanhamento com psiquiatra e uso de medicamentos, relatórios médicos apresentados.	MMM	M	L
12	Físico, intelectual e mental (CID F84 – Transtornos globais do desenvolvimento)	Menino de 2 anos	Regular estado geral, pequeno para a idade, não segura o pescoço, não senta sem apoio, não fica de pé, não segura objetos, não fixa o olhar, não fala e tem respiração ruidosa. Mãe relata <u>paralisia cerebral</u> . Não chorou ao nascer, permaneceu em UTI neonatal por 45 dias, não mamou. Relatórios médicos apresentados estão de acordo com o relato da mãe. Alterações confirmadas pelo exame físico.	CGG	G	G
13	Mental (CID F41 – Outros transtornos ansiosos)	Mulher de 38 anos	Bom estado geral e adequada higiene pessoal, consciente, orientada, tranquila e sem alterações de humor. Estudou até a 3ª série e trabalhava como faxineira até 2011. Relata ser portadora de “depressão, síndrome do pânico e ansiedade”. Queixa-se de “medos infundados, nervosismo, falta de ar, que não consegue ficar em aglomerações, vontade de chorar, impaciência, agonia na cabeça”.	LMM	M	N

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
			Acompanhamento médico desde 2017, de acordo com atestado médico, e uso de medicamentos. Exame físico não confirma relatos, <u>patologia passível de controle clínico.</u>			
14	Mental (CID F06.9 – Transtorno mental não especificado devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física)	Homem de 22 anos	Bom estado geral, adequada higiene pessoal, cicatriz no couro cabeludo, sem alterações psíquicas ou mentais. Estudou até a 8ª série e não tem vínculos registrados na CTPS. Reside em área rural em cômodo anexado à casa da mãe, que cuida do requerente. Acompanhamento pelo SUS. Trabalhava em atividade rural, mas não se sente mais apto após queda de cavalo com <u>trauma craniano</u> . Relata que as <u>dores de cabeça</u> impedem o trabalho. Afirmou não recordar a data do acidente, nem quantos anos tinha. Mas depois de muita conversa, afirmou que tinha 14 anos na época do acidente. Apresentou atestado médico, mas <u>não apresentou relatório do neurologista, exame de imagem do crânio/encéfalo ou receitas médicas.</u>	LMG	M	N
15	Mental (CID F19.2 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência)	Mulher de 36 anos	Bom estado geral, bons cuidados com a higiene pessoal, vestida adequadamente, sobrepeso/ obesidade, sem alteração de juízo crítico da realidade, não demonstra alucinações ou delírios. Apresenta atestado de psiquiatra e receitas de medicamentos, sem documentação complementar. Perito informa que requerente mudou o comportamento ao entrar no consultório e não cooperou na anamnese (fechou os olhos e parou de responder as perguntas, o que dificultou a avaliação de pensamento e outros aspectos). Mãe relatou que a requerente tem ensino médio incompleto e que já trabalhou como auxiliar de serviços gerais (limpeza de shopping). <u>Há 5 anos, após a separação, se envolveu com usuário de drogas (falecido) e também começou a usar (afirma não usar mais). Ficou reclusa por 5 meses e atualmente está em prisão domiciliar. Hoje é viúva e tem 4 filhos (20, 13, 4 e 3 anos). Mora com os 3 mais novos em cômodo vizinho à casa da mãe (a mais velha está em união estável), situada em região periférica violenta. Sobrevivem do PBF e da ajuda</u>	LGG	G	N

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
			<u>financeira da mãe, que trabalha informalmente como costureira de consertos.</u>			
16	Físico e mental (CID F41.1 –Ansiedade generalizada, CID M79.7 – Fibromialgia)	Mulher de 57 anos	Estado geral bom, marcha normal, discurso coerente e sem sinais de alteração da memória, orientada, calma, cooperativa, sem alteração do juízo crítico. <u>Apresenta muitas queixas e humor discretamente deprimido.</u> Relata que trabalhava como empregada doméstica, afirma não saber quando interrompeu a atividade e que <u>apresenta quadro de “esquecimentos”, dores de cabeça e medo de andar sozinha.</u> Laudo médico refere acompanhamento por <u>hipertensão, enxaqueca, ansiedade, gastrite, fibromialgia e queixas articulares.</u> Exames laboratoriais com bioquímica, provas inflamatórias, hemograma sem alterações.	LGG	G	N
17	Mental (CID F31 – (Transtorno afetivo bipolar)	Homem de 56 anos	Bom estado geral, articulado e nenhum sinal de alteração. <u>Trata depressão bipolar há 20 anos. Foi internado algumas vezes por confusão mental. Relata que às vezes fica otimista, mas no dia seguinte tem mudança de humor, refere desejo de se matar.</u> Trata com psiquiatra do CAPS. Perdeu a família, pois esposa foi embora com as 3 crianças pequenas, pois dizia que passava fome. Mas relata que trabalhava com oficina e vendia alimentos na rua.	MMM	M	L
18	Mental (CID F20.0 – a Esquizofrenia paranóide)	Homem de 22 anos	Bom estado geral, nutricional e de higiene, consciente, orientado, marcha livre sem auxílios, cabisbaixo, introspectivo, pouco colaborativo e discretos tremores nas extremidades. Mãe informa que o requerente não terminou o ensino fundamental, mas sabe ler e escrever o seu nome. <u>Apresenta distúrbio psiquiátrico desde criança e tentou se matar duas vezes aos 15 anos.</u> Faz uso de medicamentos para controle. Reside em região urbana com a mãe e o padrasto, frequente cultos religiosos.	MGG	G	G

#	Impedimento	Idade e sexo	História clínica/ social e exame físico (síntese)	Qualificadores (Funções do corpo-atividades e participação-fatores ambientais)	Resultado do IFBr-M	Proposta adaptação
19	Visual (CID H54.4 – Cegueira em um olho)	Homem de 49 anos	Bom estado geral e nutricional, corado, lúcido e orientado, discurso claro e coerente. Ensino fundamental incompleto, trabalhava como soldador da construção civil, possui 2 filhos e vive em união estável, ninguém tem trabalho fixo (esposa é diarista e filhos vivem de biscates), reside na zona urbana. Relata bom relacionamento com família e amigos. Cegueira no olho esquerdo desde a infância e se queixa de baixa acuidade no olho direito (que impediu o exercício da atividade de soldador), mas <u>exame indica acuidade OD com correção de 100%</u> . Apto para outros trabalhos.	LLG	L	N
20	Visual (CID H54.4 – Cegueira em um olho)	Mulher de 46 anos	Bom estado geral, lúcida e orientada, manipula normalmente os documentos, demonstra capacidade de ler e escrever, humor preservado, marcha normal e livre movimentação corporal. <u>Relata que não enxerga do olho esquerdo desde a infância, mas enxerga normalmente do olho direito com óculos (acuidade do OD com óculos é de 100%)</u> . Não apresenta outros problemas de saúde.	LLG	L	N
21	Físico e visual (CID H54.4 – Cegueira em um olho)	Homem de 53 anos	Bom estado geral com adequada higiene pessoal. Sem escolaridade, um vínculo registrado na CTPS na função de servente de pedreiro com duração de 1 ano em 1990. Relata que trabalhava informalmente até 2011 como servente de pedreiro. <u>Sofreu um trauma perfurante no olho direito. Houve tratamento cirúrgico, mas trauma evoluiu para perda da visão desse olho. Acuidade visual OE: 63,8%</u> . Sem exames complementares. Situação confirmada pelo exame físico.	MMM	M	L
22	Visual (CID H54.1 – Cegueira em um olho e visão subnormal em outro)	Menina de 2 anos	Bom estado geral com adequada higiene pessoal, <u>não se localiza no ambiente, microftalmia direita e presença de membrana na órbita esquerda. Mãe relata diagnóstico de intenso deficit visual, criança enxerga apenas flashes luminosos</u> . Nasceu sem intercorrências a termo. Não há outras doenças ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.	GGG	G	G

## 5. Considerações finais

O presente documento descreve a proposta de instrumento e demais elementos do modelo único de avaliação da deficiência desenvolvida pela Secretaria de Previdência, o Ministério da Cidadania e o INSS. A proposta incorpora contribuições da SNDPD apresentadas durante o período de debates. Após exposição no GTI, a proposta obteve o apoio do Ministério da Economia, Ministério da Saúde e da Advocacia Geral da União.

O instrumento proposto é uma adaptação do IFBr-M que consiste no acréscimo de formulários para as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais. O comprometimento das atividades e participação é qualificado pelo IFBr-M, enquanto as alterações em funções e estruturas do corpo e as barreiras ambientais são mensuradas por meio dos formulários atualmente empregados no reconhecimento de direito ao BPC. Assim, atribui-se um qualificador para componente da deficiência e o resultado é gerado pela tabela conclusiva apresenta neste documento. A tabela, desenvolvida por uma equipe de profissionais de diversas especialidades, foi aprimorada a partir de casos reais extraídos da pesquisa de campo no INSS e depois foi submetida a testes que indicam que o seu desempenho é bastante satisfatório.

Cabe destacar que qualquer proposta que desconsidere a influência direta das alterações em funções e estruturas do corpo no resultado da deficiência será incapaz de resolver os problemas identificados no IFBr-M durante quase um ano de estudos e debates. De fato, as alterações em funções e estruturas do corpo constituem um pré-requisito para que qualquer comprometimento da funcionalidade possa ser considerado um fenômeno do campo da deficiência, de acordo com o marco normativo brasileiro, que inclui a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e a LBI. Destaca-se ainda que, em outros países, o acesso aos principais benefícios e serviços não são conferidos a indivíduos com comprometimento da funcionalidade sem alterações em funções e estruturas do corpo.

As adaptações promovidas no IFBr-M tornam a sua implantação compatível com o processo de reconhecimento de direito aos benefícios e serviços das pessoas com deficiência, pois o instrumento passa a diferenciar adequadamente as pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como a determinar o grau da deficiência de forma apropriada. Ademais, as propostas para os demais elementos do modelo único acrescentam informação (formulários do médico assistente e dos professores, solicitação de parecer especializado de membro da equipe multiprofissional e possibilidade de videoconferência para casos específicos) e tornam o processo de avaliação mais seguro (peritos médicos federais do MTP e assistentes sociais do INSS à frente das avaliações da deficiência). Tais elementos foram concebidos a partir da experiência histórica do INSS no reconhecimento de direito a benefícios públicos.

Por fim, recomenda-se que a implantação do instrumento e do modelo único de avaliação da deficiência sejam acompanhadas pelo poder público. Tal acompanhamento poderá apresentar possíveis necessidades de aprimoramento na ferramenta proposta e no processo de avaliação como um todo.

## Apêndice A – Formulário padrão do médico assistente

Relatório a ser preenchido pelo médico assistente:

Nome do paciente:	
Nome da mãe:	
Sexo:	CPF:
Data de Nascimento:	Idade:

Documento do avaliado:

Tipo:	Número:	Complemento:
-------	---------	--------------

Desde o seu atestado médico anterior:

O estado de saúde de seu paciente (diagnóstico, sinais clínicos) mudou?

( ) Sim

( ) Não

Houve alguma mudança nos impactos funcionais ou relacionais nas diferentes áreas da vida de seu paciente (mobilidade, comunicação, cognição, manutenção pessoal, vida diária e doméstica, vida social e familiar, escolaridade e emprego)?

( ) Sim

( ) Não

O manejo terapêutico de seu paciente (medicação, incluindo suas consequências; médico ou paramédico; equipamentos) foi alterado?

( ) Sim

( ) Não

Se o Sr(a). respondeu sim a pelo menos uma dessas três perguntas, preencha o relatório médico padrão. Caso contrário, você pode preencher o relatório médico simplificado abaixo:

Eu, abaixo assinado, Doutor (a)..... atesto que não há mudança na situação do Sr(a). .....desde meu relatório anterior.

Data:

Assinatura:

### RELATÓRIO MÉDICO PADRÃO

Quais são as principais necessidades e expectativas expressas pelo seu paciente na solicitação requerida ao Governo Federal?

**MOTIVO(S) DA SOLICITAÇÃO:**

----------------------

**Para ser anexado a este documento**

Se tiverem sido realizados exames, avaliações ou hospitalizações adicionais relacionadas com a deficiência, mencione-o neste formulário nas seções correspondentes e anexe os relatórios e documentos mais relevantes. Esses documentos devem ser anexados pelo médico e/ou paciente.

**1. Patologia que motiva o pedido**

Patologia que motiva o pedido: \_\_\_\_\_

Outras possíveis patologias: \_\_\_\_\_

Elementos essenciais a serem registrados (diagnóstico, fatores de gravidade, etc.): \_\_\_\_\_

**2. História da patologia que motivou a solicitação**

Origem, circunstâncias de surgimento:

( ) Congênita ( ) Doença ( ) Acidente pessoal ( ) Acidente de trabalho ( ) Doença profissional

Data de surgimento:

( ) ao nascer ( ) a menos de um ano ( ) de 1 a 5 anos ( ) a mais de 5 anos

História médica, cirúrgica e perinatal relacionada à deficiência: \_\_\_\_\_

Para uma criança, indicar a possível presença de atraso nas principais aquisições (desenvolvimento psicomotor, linguagem): \_\_\_\_\_

**3. Descrição Clínica atual**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Lateralidade dominante antes da deficiência: ( ) Direita ( ) Esquerda

Descrição de sinais clínicos e frequência	Permanentes	Regulares > 15 dias por mês	Pontuais < 15 dias por mês
	( )	( )	( )
	( )	( )	( )
	( )	( )	( )
	( )	( )	( )

Detalhamento:

---

Perspectiva de evolução global:

( ) Estabilização ( ) Deficiência flutuante ( ) Agravamento ( ) Progressão significativa

( ) Indefinido

➤ Anexar Relatório adicional se necessário. Especificar: \_\_\_\_\_

#### 4. Deficiências sensoriais

Em caso de **perda auditiva** com repercussões significativas, anexar o relatório padrão para uma avaliação auditiva concluída por um especialista otorrinolaringologista.

➤ Anexar Relatório. Observações: \_\_\_\_\_

Em caso de **deficiência visual** com repercussões significativas, anexar o relatório padrão para um exame oftalmológico realizado por um oftalmologista

➤ Anexar Relatório. Observações: \_\_\_\_\_

#### 5. Tratamentos e suporte terapêutico

Limitações e efeitos colaterais que apresentam impacto na vida diária. Especifique em cada caso a frequência e duração:

Classes terapêuticas ou nome de medicamentos: \_\_\_\_\_

Efeitos colaterais do tratamento: \_\_\_\_\_

Outras restrições conhecidas (métodos de administração, necessidade de viajar, recurso a terceiros, repercussões na vida social, familiar e/ou profissional, etc.): \_\_\_\_\_

Dieta (regime alimentar): \_\_\_\_\_

Outras coberturas relativas a cuidados:

( ) Hospitalizações programadas

( ) Acompanhamento médico especializado

( ) Cuidados ou tratamentos noturnos

( ) Outros

Frequência: \_\_\_\_\_

Detalhamento:

\_\_\_\_\_

Cuidados de saúde regulares	Frequência
Terapia Ocupacional	
Enfermagem	
Fisioterapia	
Fonoaudiologia	
Ortoptista	
Psicólogo	
Outros	

Acompanhamento multidisciplinar	Modalidade de acompanhamento:
CMPP (Centro Médico-Psico-Pedagógico)	
CMP (Centro Médico Psicológico)	

CATTP (Centro de Acolhimento Terapêutico em Período Parcial)	
Hospital de dia	
Outro. Especificar:	

**Projeto Terapêutico:**

---

**Tipos de equipamento:**

**Correções auditivas:**

( ) Unilateral ( ) Bilateral ( ) Aparelho ( ) Implante

**Auxílio à deambulação:**

( ) Andador ( ) Bengala ( ) Órtese, prótese (especificar)

( ) Cadeira de rodas motorizada ( ) Cadeira de rodas manual

( ) Outro especificar (Ex.: Scooter) \_\_\_\_\_

**Aparelho de visão**

( ) Telelupa ( ) Terminal Braille ( ) Software para visão subnormal

( ) Lupa ( ) Software sintetizador de voz

**Alimentação/ Excreção**

( ) gastro ou jejunostomia de alimentação ( ) Estoma digestivo de excreção

( ) sonda urinária ( ) estoma urinário

**Suportes respiratórios**

( ) Traqueostomia ( ) O2 ( ) Equipamento de ventilação (especificar)

**Suporte à fala**

( ) Prótese vocal

Outros equipamentos: \_\_\_\_\_

Especificações (tipo, adaptação, circunstâncias de utilização, autonomia da pessoa na utilização, manutenção)

---

**6. Impacto funcional e/ou relacional**

Deslocamento: perímetro de caminhada \_\_\_\_\_

Modalidade de utilização de ajudas técnicas:

Modalidade de utilização de ajudas técnicas		Frequência de utilização
Bengala	( ) Dentro de casa ( ) Fora de casa	

Andador	( ) Dentro de casa ( ) Fora de casa	
Cadeira de rodas manual	( ) Dentro de casa ( ) Fora de casa	
Cadeira de rodas motorizada	( ) Dentro de casa ( ) Fora de casa	

Desaceleração motora: ( ) Sim ( ) Não Necessidade de Pausas ( ) Sim ( ) Não

Necessidade de acompanhamento para os deslocamentos exteriores ( ) Sim ( ) Não

As seções seguintes devem ser preenchidas de acordo com o que o Sr.(a) sabe ou percebe sobre a situação da pessoa e, para as crianças, por comparação com uma pessoa da mesma idade.

Use a seguinte escala de avaliação para ajudá-lo:

A – Realiza sem dificuldade e sem qualquer ajuda

B – Realiza com dificuldade, mas sem ajuda humana

C – Realiza com ajuda humana, direta ou estimulação

D – Não realizada

E – Não declarado

<b>Mobilidade, Manipulação/Capacidade motora</b>	A	B	C	D	E
Suporte postural, movimento, manipulação, preensão, controle ambiental					
Andar					
Deslocar-se dentro de casa					
Deslocar-se fora de casa					
Preensão na mão dominante					
Preensão na mão não dominante					
Motricidade fina					
Detalhamento:					

<b>Comunicação</b>	A	B	C	D	E
Comunicar-se com outras pessoas (expressar-se, fazer-se compreender)					
Utilização do telefone					
Utilização de outros aparelhos e técnicas de comunicação (alarme remoto, computador)					
Necessidade de assistência humana (intérprete, interface LPC ou codificador, etc.) com equipamento ( ) Sim ( ) Não					
Detalhamento:					

- Anexar Relatório. Avaliação da fonoaudiologia a ser anexada em caso de distúrbios da linguagem oral e escrita com repercussões significativas.

<b>Cognição/Capacidade Cognitiva</b>	A	B	C	D	E
Atenção, memória, aprendizagem, práxis, raciocínio, orientação no tempo ou no espaço					
Orientar-se no tempo					
Orientar-se no espaço					
Gerenciar a segurança própria					

Controlar o comportamento
Detalhamento. Indicar outras deficiências cognitivas:
Conduta emocional e comportamental (Ex: relacionamento com outras pessoas em conduta emocional e comportamental):
Impacto na vida relacional, social e familiar (gestão insuficiente de situações de risco, coloca-se em perigo, etc.): ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado A pessoa sabe: ( ) Ler ( ) Escrever ( ) Calcular ( ) Não declarado

<b>Cuidados Pessoais</b>	A	B	C	D	E
Higiene, Vestuário, Continência, Alimentação					
Realizar a higiene					
Comer e beber alimentos preparados					
Vestir e despir-se					
Cortar o alimento					
Assegurar a higiene da excreção fecal					
Assegurar a higiene da excreção urinária					
Detalhamento (Se tem incontinência, se necessita de supervisão ou estimulação):					

<b>Vida cotidiana e vida doméstica</b>	A	B	C	D	E
Trabalho doméstico, compras, preparar uma refeição, administrar um orçamento, tomar decisões A ser preenchido por comparação com uma pessoa da mesma idade					
Fazer tratamento médico					
Gerenciar seu acompanhamento de cuidados					
Fazer compras					
Preparar uma refeição					
Cuidar das tarefas domésticas					
Realizar procedimentos administrativos					
Gerenciar seu orçamento					
Outro (especificar): Detalhamento:					

### Impacto na vida social e familiar

Situação familiar:

( ) Vida em família ( ) Isolamento ( ) Ruptura ( ) Outro ( especificar)

Presença de um cuidador familiar? ( ) Sim ( ) Não

Qual é a relação do cuidador com a pessoa com deficiência? \_\_\_\_\_

Que tipo de intervenção? \_\_\_\_\_

Detalhamento: \_\_\_\_\_

Impacto na escolaridade e no ensino superior: \_\_\_\_\_

**Impacto no emprego:** \_\_\_\_\_

- Anexar relatório do médico do trabalho, se disponível

Se estiver trabalhando atualmente, impacto na adequação para o trabalho e / ou retenção de trabalho: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado

Se sim, detalhar: \_\_\_\_\_

Se não estiver trabalhando atualmente, impacto na procura de emprego ou treinamento/qualificação: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado

Se sim, detalhar: \_\_\_\_\_

**7. Comentários ou observações adicionais, se necessário:**

\_\_\_\_\_

**8. Detalhes de contato e assinatura**

Dados do Médico Assistente:

Nome completo:

UF/CRM:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Documento lavrado a pedido do paciente e entregue em mão de:

Data e local do preenchimento:

Assinatura do médico assistente:

Assinatura do paciente (não obrigatório):

## Apêndice B – Formulário pedagógico

Sr (a) Professor (a),

As respostas a este formulário servirão para subsidiar a avaliação biopsicossocial multiprofissional e interdisciplinar de que trata do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015).

A equipe designada agradece sua colaboração.

Escola: Nome do aluno: Data de nascimento: Curso: Professor (a) responsável pelas informações: e-mail para contato:
--

### Parte I – Aprendizagem

Informar aspectos julgados relevantes para a faixa etária da criança ou adolescente considerando evolução da leitura, escrita, habilidades matemáticas, raciocínio lógico, coordenação motora, memória, atenção e engajamento nas atividades propostas.

--

### Parte II – Comportamento

Informar aspectos relacionados à socialização da criança/adolescente com seus pares, relacionamento com os professores e demais autoridades escolares, cumprimento de regras, sinais de impulsividade e/ou hiperatividade e outros considerados relevantes pela avaliação pedagógica.

--

---

Local e data

---

Carimbo\* e assinatura do professor responsável pelas informações

(\*) ou carimbo da escola

## Apêndice C – Solicitação de parecer técnico especializado do avaliador da equipe multiprofissional e interdisciplinar

Dados do avaliado:

Nome do avaliado:	
Nome da mãe:	
Sexo:	CPF:
Data de Nascimento:	Idade:

Documento do avaliado:

Tipo:	Número:	Complemento:
-------	---------	--------------

Especificar requerimento solicitado pelo avaliado:

Tipo de requerimento:	Número do benefício (se houver):
-----------------------	----------------------------------

MOTIVO(S) DA SOLICITAÇÃO:

--

Dados do avaliador solicitante do parecer técnico especializado:

Nome do avaliador solicitante:
Número do Conselho de Classe:
Número de matrícula (no caso de servidor público):
Data e local da solicitação do parecer técnico especializado:

EMISSÃO DE PARECER TÉCNICO ESPECIALIZADO:

--

Dados do avaliador emissor do parecer técnico especializado:

Nome do avaliador emissor:
Número do Conselho de Classe:
Número de matrícula (no caso de servidor público):
Data e local da emissão do parecer técnico especializado: