

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO EM REQUERENTES DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Jefferson Aparecido Dias¹; Rogério Leone Buchaim²; Eduardo Federighi Baisi Chagas³;
Cláudia Rucco Penteado Detregiachi³; Tereza Lais Menegucci Zutin⁴

- 1- Universidade de Marília – UNIMAR. Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais da Reabilitação – UNIMAR. Programa de Mestrado e Doutorado em Direito - UNIMAR.
- 2- Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (FOB/USP).
- 3- Universidade de Marília – UNIMAR. Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais da Reabilitação – UNIMAR. Centro Interdisciplinar em Diabetes (CENID – UNIMAR).
- 4- Universidade de Marília – UNIMAR.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Ministério da Cidadania, à Secretaria de Previdência, à Perícia Médica Federal, ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e à Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos (SNDPD/MMFDH) pela contribuição nas etapas de planejamento do trabalho e coleta de dados.

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO EM REQUERENTES DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Jefferson Aparecido Dias¹; Rogério Leone Buchaim²; Eduardo Federighi Baisi Chagas³; Cláudia Rucco Penteado Detregiachi³; Tereza Lais Menegucci Zutin⁴

RESUMO

Para dar cumprimento à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), conhecida como LBI, em especial ao seu art. 2º, § 2º, que determina a criação de instrumentos para avaliação da pessoa com deficiência, o Poder Executivo Federal editou o Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020, que instituiu o Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. O referido decreto determina que seja utilizado como base para elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M). Entretanto, o impacto da adoção do IFBr-M nas políticas públicas para pessoas com deficiência não está dimensionado. Deste modo, o objetivo do estudo é comparar o resultado de dois métodos de caracterização da deficiência em requerentes do BPC à Pessoa com Deficiência: o IFBr-M, como instrumento a ser testado, e o instrumento atualmente adotado no BPC para fins de reconhecimento de direito, como padrão de referência. Seu desenvolvimento foi efetuado por meio da aplicação consecutiva do instrumento do BPC e do IFBr-M em requerentes do benefício, por meio de avaliação biopsicossocial por perito médico federal da Subsecretaria da Perícia Médica Federal (SPMF), e por assistente social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ambos devidamente capacitados à aplicação de ambos os instrumentos. Para o estudo foi considerada uma amostra de 1023 casos. Para analisar as associações entre as variáveis qualitativas foi realizado o teste de associação do Qui-quadrado. A concordância entre os métodos foi realizada pelo cálculo do índice Kappa, ponderado para as condições dicotômicas, e pelo índice Kappa de Fleiss para condições de variável qualitativa ordinal relacionadas aos graus de deficiência do IFBr-M. Os resultados indicam que a taxa de caracterização da deficiência do IFBr-M para os requerentes do BPC é muito superior à do instrumento atualmente adotado no reconhecimento de direito àquele benefício: 94,9% contra 49,7% na amostra, ou seja, uma diferença de 45,3 pontos percentuais a mais ou 91,1% em termos proporcionais. De modo geral a concordância entre os dois instrumentos é muito baixa, o que indica a falta de equivalência do IFBr-M em relação ao modelo atual baseado na CIF.

Palavras-chave: Assistência social. Avaliação da deficiência. Vulnerabilidade social.

¹ Universidade de Marília – UNIMAR. Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais da Reabilitação – UNIMAR. Programa de Mestrado e Doutorado em Direito - UNIMAR

² Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (FOB/USP).

³ Universidade de Marília – UNIMAR. Programa de Mestrado em Interações Estruturais e Funcionais da Reabilitação – UNIMAR. Centro Interdisciplinar em Diabetes (CENID – UNIMAR).

⁴ Universidade de Marília (UNIMAR)

1. INTRODUÇÃO

A Convenção Internacional 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 (BRASIL, 2009). Até novembro de 2016, 172 Países-membros da ONU haviam ratificado essa Convenção e 15 configuravam como signatários, o que realça a importância dessa norma de direitos humanos no plano internacional (UNITED NATIONS, 2020).

No campo dos estudos sobre a 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. (BRASIL, 2009)

Cabe lembrar que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001) já antecipava a necessidade de se considerar as barreiras e as restrições de participação social das pessoas com deficiência. A Organização Mundial de Saúde (OMS), agência especializada em saúde e vinculada à ONU, possui duas classificações de referência para a descrição de condições de saúde: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, e a CIF (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009)⁵.

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, uma vez que essa norma internacional de direitos

⁵ Anteriormente à CIF, a OMS utilizava do documento “International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps” – ICIDH, pressupondo um modelo médico.

humanos foi aprovada pelo Congresso Nacional, conforme o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição, incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004 (BRASIL, 2004). Considerando que o Governo brasileiro depositou o instrumento de ratificação da Convenção e do seu Protocolo Facultativo junto ao Secretário-Geral das Nações Unidas em 1º de agosto de 2008 (BRASIL, 2008), e que o Congresso Nacional aprovou tais atos por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, o Presidente da República promulgou a Convenção da ONU nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009). Logo, a Convenção da ONU se reveste de força, hierarquia e eficácia constitucionais, servindo de parâmetro para o controle de constitucionalidade das leis e dos atos normativos⁶.

Com a promulgação da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 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. Por conseguinte, a conceituação de pessoa com deficiência, assim como as demais disposições dessa norma internacional, são parte integrante formal e material da Constituição (BRASIL, 1988).

Para efetiva incorporação do conceito de deficiência trazido pela referida Convenção aos procedimentos de acesso a políticas públicas que exigem a comprovação da deficiência como critério de acesso, tornou-se necessário construir instrumentos que garantissem que todos os elementos dessa definição fossem completamente captados.

A primeira política pública a adotar um instrumento adequado à convenção, garantindo uma avaliação biopsicossocial e baseada na CIF, foi o Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pelo art. 203, inciso V, da Constituição (BRASIL, 1988) e regulamentado pelo art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993), cuja aplicação ocorre desde 2009. O instrumento de avaliação da deficiência do BPC está atualmente em sua 3ª versão, atualizada em 2015, fruto do processo de evolução contínua desde a primeira versão desenvolvida.

A segunda política pública a utilizar um instrumento baseado na Convenção foi a aposentadoria com tempo reduzido de contribuição 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 (BRASIL, 2013), utilizando como ponto de partida, o Índice de

⁶ Com efeito, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo representam a única norma internacional incorporada pelo rito especial instituído pela EC nº 45/2004.

Funcionalidade Brasileiro – IFBr, instrumento 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.

Em 6 de julho de 2015, foi publicada a Lei nº 13.146 (BRASIL, 2015), a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), conhecida como LBI, a qual em seu artigo 2º, dispõe que a avaliação da deficiência será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, e considerará os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação:

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.

Posteriormente, para dar cumprimento ao disposto no art. 2º da Lei nº 13.146, em especial ao seu § 2º, o Poder Executivo Federal editou o Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020 (BRASIL, 2020), que institui o Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

Dispõe o parágrafo único do art. 2º do mencionado decreto que “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.” (BRASIL, 2020).

O referido instrumento, IFBr-M, é uma nova modificação do IFBr, validado cientificamente pela Universidade de Brasília (UnB) (UNBCIÊNCIA, 2019). Entretanto, o impacto da adoção do referido instrumento nas políticas públicas para pessoas com deficiência não está dimensionado e, para sua melhor compreensão, torna-se necessária

sua aplicação prática em requerentes reais de benefícios, para comparar o resultado da avaliação a partir do instrumento atualmente utilizado com o instrumento que será utilizado como base no modelo único. Para essa comparação, foi escolhida a política pública do Benefício de Prestação Continuada (BPC), a qual possui instrumento maduro, grande número de beneficiários e significativo impacto orçamentário, sendo esse estudo comparativo o objetivo do presente trabalho.

2. HIPÓTESE

A alteração do instrumento de avaliação da pessoa com deficiência pode representar mudanças nos beneficiários das políticas voltadas a este público: de um lado, espera-se um aumento na taxa de caracterização como pessoa com deficiência com a adoção do IFBr-M, caso as réguas da UnB sejam adotadas; e, de outro, uma mudança no perfil dos beneficiários.

O BPC é a política destinada à pessoa com deficiência de maior relevância no orçamento federal. O gasto anualizado com essa política é de aproximadamente R\$35 bilhões. O número de beneficiários é atualmente de 2,6 milhões, sendo que a taxa de caracterização como pessoa com deficiência verificada desde 2015 é de 47% entre os indivíduos que passaram pela avaliação administrativa de renda e foram submetidos às avaliações do assistente social e do perito médico federal, bastante inferior ao percentual de caracterização como pessoa com deficiência do IFBr-A – instrumento utilizado na análise dos benefícios previstos na Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013 – que é de aproximadamente 78%.

Os requerentes do BPC são tipicamente indivíduos socioeconomicamente vulneráveis, uma vez que um dos pré-requisitos para acessar o BPC é não possuir os meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Entre esses indivíduos, diversos fatores concorrem para prejudicar a participação efetiva na sociedade, os quais muitas vezes não estão relacionados à caracterização ou não como pessoa com deficiência.

Nesse sentido, a introdução do IFBr-M, que tem como foco a avaliação das restrições de atividades e participação dos indivíduos, pode significar uma ampliação do público atendido pela política e uma mudança no perfil dos beneficiários, trazendo ao benefício pessoas com restrição de participação não relacionada ao impedimento nas funções e estruturas do corpo, fator também requerido pela LBI, como visto anteriormente.

Os resultados da pesquisa poderão ensejar as adequações necessárias para que o instrumento proposto pelo GTI seja aderente à realidade das políticas existentes e não represente custo orçamentário inadequado que acabe por afetar negativamente as políticas, dado o cenário de restrições fiscais, mas que mantenha como premissa o atendimento à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e à LBI.

O que se pretende testar é a hipótese de que a taxa de caracterização como pessoa com deficiência sob o IFBr-M seria igual à taxa de caracterização como pessoa com deficiência do instrumento do BPC. As regras elaboradas pela UnB não especificam se o benefício deve ou não ser concedido, mas sim a existência e o grau da deficiência (grave, moderada ou leve), de acordo com o tipo de impedimento e a faixa etária. Sendo assim, é prudente testar a hipótese de concessão do BPC sob três cenários: (i) quando a deficiência, segundo o IFBr-M, é grave, (ii) quando é pelo menos moderada, e (iii) para todas as gradações de deficiência do instrumento. Adicionalmente, será analisado o grau de concordância entre o instrumento do BPC e o IFBr-M quanto à caracterização ou não como pessoa com deficiência.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Comparar o resultado de dois métodos de caracterização da deficiência em requerentes do BPC à Pessoa com Deficiência: o IFBr-M, como instrumento a ser testado, e o instrumento atualmente adotado no BPC para fins de reconhecimento de direito (Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015), como padrão de referência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar diferenças nas taxas de caracterização como pessoa com deficiência e a concordância entre os dois métodos citados anteriormente, considerando:

- i. Diferentes faixas etárias;
- ii. As diferentes graduações da deficiência pelo IFBr-M (leve, moderada e grave).

4. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de análise das taxas de caracterização como pessoa com deficiência e de concordância entre dois métodos por meio da aplicação em requerentes do BPC à Pessoa com Deficiência. O primeiro método é o instrumento do BPC, baseado

na CIF, segundo os moldes da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015 (BRASIL, 2015a), e o segundo é o IFBr-M, conforme validação científica pela UnB (UNBCIÊNCIA, 2019). As avaliações foram realizadas por perito médico federal da Subsecretaria da Perícia Médica Federal (SPMF), vinculada à Secretaria de Previdência do Ministério da Economia, e por assistente social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que já realizam as avaliações do instrumento atualmente utilizado.

Assim, foram estabelecidos como critérios de inclusão ser requerente de BPC, independentemente da idade, e estar passando por avaliação do perito médico federal e do assistente social. Destes, foram excluídos aqueles que não aceitaram o convite de participar da pesquisa, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Os requerentes do BPC que atenderam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa no momento da avaliação social, que ocorre primeiro, através de um atendimento especial denominado “socialização”. Neste convite, receberam informações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Os assistentes sociais do INSS possuem formação apropriada para realizar esse tipo de abordagem de forma satisfatória e, ademais, puderam contar com material de vídeo com atributos de acessibilidade desenvolvido pela equipe da pesquisa. Após a socialização, o assistente social do INSS anexava o TCLE no processo daqueles que aceitaram participar da pesquisa e, dessa forma, atestava o consentimento do requerente. Aos participantes com menos de dezoito anos de idade foi também anexado o TALE, de modo a caracterizar o seu assentimento em participar da pesquisa, após seus pais, responsáveis ou cuidadores terem concordado com sua participação.

No caso de menores não capacitados a compreender os TALEs, foi obtida a concordância de seus cuidadores ou responsáveis domiciliares ou institucionais, na qualidade de testemunhas do assentimento concedido pelos menores. Foi assegurado aos participantes do estudo o acesso às informações sobre os procedimentos, bem como benefícios e riscos relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. O participante poderia deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo relacionado ao requerimento do benefício.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade de Marília (CEP/UNIMAR), para apreciação, análise e parecer ético, seguindo todos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), recebendo parecer favorável em 17/12/2020 (Parecer

nº 4.472.767). Aos participantes foram resguardados a liberdade ao aceite do convite, os direitos e o anonimato, de acordo com os princípios éticos.

4.1 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de aplicação de dois instrumentos de avaliação da deficiência, o instrumento da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015 (instrumento do BPC) e o IFBr-M, em requerentes do BPC à Pessoa com Deficiência, no período de 21 de dezembro de 2020 a 14 de maio de 2021. Os aplicadores foram os peritos médicos federais da SPMF e os assistentes sociais do INSS.

Os dois instrumentos de avaliação da deficiência foram aplicados consecutivamente nos requerentes do BPC que aceitaram participar da pesquisa. A avaliação pelo instrumento do BPC já seria realizada de toda forma e pelos mesmos profissionais para fins de reconhecimento de direito ao benefício. Assim, foi necessária apenas a dilatação da duração das avaliações para que os profissionais pudessem também aplicar o IFBr-M. Todos os profissionais participantes foram treinados adequadamente pela SPMF ou pela Divisão do Serviço Social do INSS.

Durante os atendimentos, os requerentes que aceitaram participar da pesquisa foram cientificados de que seriam avaliados pelos dois instrumentos, que a avaliação pelo IFBr-M tinha finalidade apenas de pesquisa e não seria considerada entre os critérios necessários para acesso ao BPC.

4.1.1 Etapas preliminares

O planejamento da coleta dos dados, iniciado em outubro de 2020, ficou a cargo da Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e INSS, que passaram a contar com contribuições da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD), a partir de dezembro daquele ano. O primeiro planejamento foi apresentado ao GTI sobre o modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência, em reunião do dia 13 de novembro de 2020. Tendo em vista a complexidade do processo e as inúmeras dificuldades enfrentadas, esse planejamento foi revisto e discutido no GTI em duas oportunidades: a primeira em 17 de dezembro de 2020 e, a segunda, já em janeiro de 2021.

Nessa etapa, buscou-se programar os atendimentos da pesquisa de forma a não gerar grandes desdobramentos na agenda regular dos profissionais. Antes do início do

trabalho de campo, foi necessário providenciar adaptações de sistemas, definir as unidades de atendimento e treinar os profissionais.

No tocante aos sistemas, qualquer solução muito arrojada, dependente de desenvolvimento, inviabilizaria a coleta dos dados em prazo razoável. Sendo assim, o INSS e a Perícia Médica Federal criaram campos adicionais nos sistemas já implantados. Essa solução, apesar de apresentar limitações tecnológicas, tornou a execução da pesquisa viável.

Em relação às unidades de atendimento e treinamento, houve influência das equipes locais do INSS e da SPMF. As unidades participantes foram aquelas situadas em localidades onde havia assistente social e perito médico federal disponíveis para a pesquisa, sendo que os dois não precisariam estar na mesma agência, mas em unidades próximas, considerando o deslocamento normal dos requerentes. Mais especificamente, as localidades foram indicadas pelos representantes regionais do serviço social do INSS e pelos coordenadores regionais da perícia médica federal, que consultaram os profissionais disponíveis para atendimento presencial sobre o interesse em contribuir para a pesquisa.

Os assistentes sociais e peritos médicos federais participantes já possuíam treinamento e experiência na aplicação do instrumento da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de março de 2015. As duas categorias profissionais são responsáveis pelas avaliações biopsicossociais para reconhecimento de direito à aposentadoria especial da pessoa com deficiência usando o IFBr-A, que apresenta muitas similaridades com o IFBr-M. A capacitação para aplicação do IFBr-M foi realizada nos dias 17 e 18 de dezembro, beneficiando-se da infraestrutura virtual do Centro de Formação e Aperfeiçoamento do INSS. Um treinamento célere foi possível devido ao *background* dos profissionais participantes.

A capacitação dos assistentes sociais foi conduzida pela Divisão do Serviço Social da Diretoria de Benefícios do INSS, enquanto a dos peritos médicos federais foi realizada pela Coordenação-Geral da Perícia Médica de Natureza Assistencial, Administrativa, Trabalhista e Tributária da SPMF. A Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência contribuiu para os dois treinamentos. Outros dois grupos de assistentes sociais foram treinados durante o período da coleta de dados para poderem contribuir com a pesquisa. A perícia médica federal, por seu turno, moldou sua capacitação para que os chefes de divisão regional da perícia médica federal pudessem atuar como multiplicadores.

4.1.2 Fluxo de atendimento na coleta de dados

O primeiro atendimento era sempre realizado pelo assistente social do INSS, que selecionava um requerente por dia para participar da pesquisa. Esse profissional possui a formação e experiência necessárias para transmitir as informações sobre a pesquisa, para que o requerente e seu acompanhante, quando fosse o caso, pudessem decidir sobre a participação ou não. Para auxiliar nesse atendimento denominado “socialização”, foram produzidos vídeos explicativos com atributos de acessibilidade e em linguagem adequada. A socialização foi uma parte essencial do trabalho, tendo em vista que os requerentes do BPC são indivíduos que, além da possível deficiência, apresentam quadro de vulnerabilidade social.

Após a socialização, se o requerente não concordasse em participar da pesquisa, ele era avaliado normalmente pelo instrumento do BPC para fins de reconhecimento de direito ao benefício. O atendimento da perícia médica federal também ocorria normalmente, na data agendada após a avaliação social ou no agendamento preexistente. Por outro lado, se o requerente concordasse em participar da pesquisa, isso era formalizado com a inserção do TCLE ou TALE no sistema pelo assistente social, que atestava a concordância do requerente. O assistente social anexava esse(s) documento(s) e criava um serviço específico no sistema da perícia médica federal, denominado “avaliação médico-pericial de BPC combinado com pesquisa IFBr-M”, afim de cientificar o perito de que aquele requerente era participante da pesquisa. Assim, quando o requerente comparecia à Agência da Previdência Social para o atendimento da perícia médica federal, o profissional já sabia que aquele indivíduo era participante da pesquisa, cabendo ainda conferir a indicação do consentimento pelo assistente social através de consulta pelo CPF do requerente. Então, o perito médico federal realizava a avaliação pelo instrumento do BPC e, em seguida, pelo IFBr-M.

4.2 METODOLOGIA DA ANÁLISE DE DADOS

Para as análises, o instrumento do BPC foi considerado como método de referência e seus dados foram expressos de forma dicotômica: o termo “Sim” indica o deferimento do benefício; o termo “Não” indica o indeferimento do benefício, em função da caracterização como pessoa com deficiência.

Para análise do IFBr-M foram consideradas duas situações:

- a. Variável qualitativa ordinal em função do grau de deficiência pela pontuação do IFBr-M nas seguintes categorias: nenhum, leve, moderada e grave; e
- b. Variável qualitativa dicotômica em função do IFBr-M nas seguintes condições: para o grau de deficiência “nenhum” foi atribuída o termo “Não”, que indica o indeferimento do benefício; para os graus de deficiência “leve, moderado ou grave” foi atribuído o termo “Sim”.

Os dados ainda foram analisados por sexo (masculino ou feminino) independentemente da faixa etária. E a análise por faixa etária foi realizada independentemente do sexo, considerando os seguintes intervalos de classe: 0 a 4 anos; 5 a 10 anos; 11 a 17 anos; 18 a 59 anos; e > 59 anos.

As variáveis qualitativas foram descritas pela medida de distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%). Para analisar as associações entre as variáveis qualitativas foi realizado o teste de associação do Qui-quadrado. A concordância entre os métodos diagnósticos foi realizada pelo cálculo do índice Kappa ponderado para as condições dicotômicas e pelo índice Kappa de Fleiss para condições de variável qualitativa ordinal relacionadas aos graus de deficiência do IFBr-M. O nível de significância adotado foi de 1% ($p \leq 0,01$) e os dados analisados no software SPSS (versão 24.0).

5. RESULTADOS

A execução de uma pesquisa desse porte não foi, evidentemente, livre de problemas operacionais. Contudo, durante todo o período de coleta de dados, houve um canal de comunicação rápido entre os profissionais avaliadores e os coordenadores operacionais da pesquisa (servidores da Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e INSS), com o objetivo de identificar problemas e propor soluções. Além disso, houve reuniões periódicas de ponto de controle, envolvendo os profissionais aplicadores, os representantes regionais do serviço social, os coordenadores regionais da perícia médica federal e a gestão central dos órgãos participantes, em que eram apresentados os resultados do trabalho naquela semana e os encaminhamentos propostos para os problemas identificados.

No total, 84 assistentes sociais e 76 peritos médicos federais, distribuídos em cerca de 60 Agências da Previdência Social de todas as macrorregiões brasileiras, participaram da pesquisa e avaliaram, respectivamente, 1300 e 1200 requerentes usando os dois instrumentos.

Os primeiros atendimentos foram realizados em dezembro de 2020. Nas últimas duas semanas daquele mês, a coleta de dados foi iniciada em poucas unidades para testar o funcionamento do fluxo proposto e corrigir possíveis problemas graves antes de conferir uma escala maior ao trabalho. Na primeira semana de janeiro de 2021, o trabalho foi estendido para todas as unidades que tinham disponibilidade de pessoal. O número de atendimentos cresceu nos meses seguintes (Figura 1), apesar das diversas dificuldades impostas pela pandemia. Os últimos atendimentos do serviço social ocorreram em abril e a perícia médica federal atendeu o estoque remanescente até o fim da segunda semana de maio 2021.

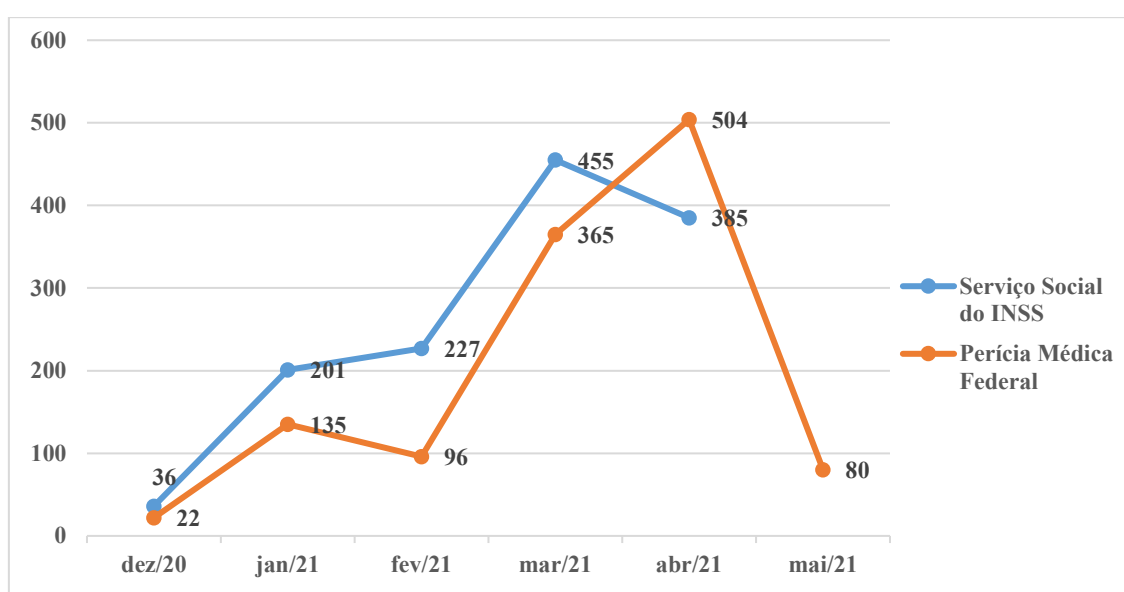


Figura 1 - Número de atendimentos do serviço social do INSS e da Perícia Médica Federal para a pesquisa no período de dezembro de 2020 a maio de 2021. Fonte: dados da pesquisa.

Após a coleta dos dados, as informações foram extraídas pelo INSS e pela Dataprev (a partir dos sistemas acessados pelos assistentes sociais e peritos médicos federais, respectivamente) e, em seguida, analisadas pela Secretaria de Previdência. Os formulários que apresentavam desconformidades (como por exemplo, formulário errado para a idade, item de classificação obrigatório para a idade sem pontuação etc.) foram descartados após análise minuciosa. Nos casos em que havia mais de um formulário preenchido por requerente, o mais recente foi considerado. Houve perda significativa de formulários do serviço social no pareamento, principalmente porque alguns requerentes atendidos por assistente social não passaram pela avaliação do IFBr-M na perícia médica

federal por motivos diversos (falta e opção do requerente, por exemplo). Por outro lado, nem todos os formulários da perícia médica federal foram pareados porque alguns dos atendimentos do serviço social foram descartados (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de formulários da pesquisa em relação a atendimentos e aproveitamento após testes de consistência e pareamento.

	Serviço Social do INSS	Perícia Médica Federal
Número de formulários.	1.311	1.216
Formulários excluídos devido a inconformidades.	48	72
Formulários repetidos ou com situação “cancelado”.	14	23
Número disponível para pareamento.	1.232	1.121
Formulários pareados (mesmo requerente identificado nas duas extrações).		1.031
Formulários perdidos porque não estavam com resultado registrado na base de avaliações do BPC.		8
Total de formulários aproveitados.		1.023

Fonte: dados da pesquisa.

Após o pareamento, foi realizado o cálculo da pontuação final do IFBr-M e a classificação entre pessoas sem deficiência, pessoas com deficiência leve, moderada ou grave. Por fim, os dados foram pareados com a base do BPC, a fim de obter o resultado da avaliação para fins de reconhecimento de direito. Nessa etapa, alguns poucos formulários foram perdidos, porque o resultado da avaliação do BPC ainda não havia sido registrado naquela base quando da realização da extração.

O sexo masculino apresentou maior proporção nas faixas etárias menores de 18 anos (0-4 anos, 5-10 anos e 11-17 anos). O sexo feminino apresentou maior proporção na faixa etária adulto (18-59 anos) e idoso (>59 anos). A maior proporção da amostra foi na faixa etária de 18-59 anos e a menor na faixa etária de 11-17 anos. Não foi observada diferença significativa na distribuição de proporção entre os sexos (Tabela 2).

No tocante às diferenças nas proporções entre as faixas etárias, os dados amostrais são razoavelmente parecidos com o da população de requerentes do BPC: 10% em cada uma das duas primeiras faixas (0-4 e 5-10 anos), 8% na terceira (11-17 anos), 61% na quarta (18-59 anos) e 11% na última (>59 anos). A proporção um pouco maior de crianças na amostra em relação à população objetiva conferir propriedades estatísticas aceitáveis para os testes de hipótese aplicados especificamente nesse grupo, tendo em vista a maior dificuldade de constatar a deficiência na infância, especialmente na ausência de uma avaliação detalhada do impedimento corporal.

Tabela 2 - Análise da associação e distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação ao sexo e à faixa etária.

			Sexo		Total	Proporção (FE)	Proporção (Sexo)
			Masculino	Feminino		p-valor	p-valor
Faixa etária (FE)	0-4 anos	N	64	46	110	<0,001†	0,884†
		%	12,4%	9,1%	10,8%		
	5-10 anos	N	107	36	143		
		%	20,7%	7,1%	14,0%		
	11-17 anos	N	49	30	79		
		%	9,5%	5,9%	7,7%		
	18-59 anos	N	242	320	562		
		%	46,7%	63,4%	54,9%		
	>59 anos	N	56	73	129		
		%	10,8%	14,5%	12,6%		
Total		N	518	505	1023	Associação (sexo & FE)	
		%	50,6%	49,4%	100,0%	p-valor	<0,001*

Nota: † indica diferença significativa na distribuição de proporção entre as faixas etária pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$; ‡ p-valor calculado pelo teste do Qui-quadrado para analisar as diferenças na distribuição do sexo (não foi observada diferença significativa); * indica associação significativa entre sexo e faixa etária pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Em relação à distribuição da proporção do impedimento auditivo e visual, não foi observada diferença significativa entre os sexos. O sexo feminino apresentou maior proporção do impedimento físico. O sexo masculino apresentou maior proporção de impedimento intelectual e mental. Em relação ao grau de deficiência pelo IFBr-M e sexo, não foi observada diferença significativa entre os sexos (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise da associação e distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação ao tipo de impedimento e grau de deficiência (IFBr-M) entre os sexos.

Impedimento		Sexo		Total	Associação (Sexo & impedimento)
		Masculino	Feminino		p-valor
Auditivo	N	18	25	43	0,240
	%	3,5%	5,0%	4,2%	
Físico	N	288	345	633	<0,001*
	%	55,6%	68,3%	61,9%	
Intelectual	N	207	125	332	<0,001*
	%	40,0%	24,8%	32,5%	
Mental	N	194	150	344	0,009*
	%	37,5%	29,7%	33,6%	
Visual	N	38	45	83	0,357
	%	7,3%	8,9%	8,1%	
IFBr-M	Nenhum	N	28	24	0,364
		%	5,4%	4,8%	
	Leve	N	169	163	
		%	32,6%	32,3%	
	Moderado	N	172	206	
		%	33,2%	40,8%	
	Grave	N	149	112	
		%	28,8%	22,2%	

Nota: * indica associação significativa com o sexo pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Foi observada associação significativa com a faixa etária para os tipos de impedimento, como também para os graus de deficiência do IFBr-M. Os impedimentos auditivo, físico e visual apresentaram maior proporção nos idosos (> 59 anos). Os impedimentos intelectual e mental apresentaram maior proporção na população menor de 18 anos, com percentuais mais elevados na faixa etária de 5-10 anos. Em relação ao IFBr-M, o grau leve de deficiência ocorreu em maior proporção nos adultos (18-59 anos). O grau de deficiência moderado para o IFBr-M ocorreu em maior proporção nos idosos (>59 anos). O grau de deficiência grave para o IFBr-M apresentou maior proporção na população < 18 anos, principalmente na faixa etária de 5-10 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise da associação para distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação ao tipo de impedimento e grau de deficiência (IFBr-M) entre as faixas etárias.

Impedimento		Faixa etária					Total	Associação (Sexo & impedimento)
		0-4 anos	5-10 anos	11-17 anos	18-59 anos	>59 anos		p-valor
Auditivo	N	2	4	0	26	11	43	0,007*
	%	1,8%	2,8%	0,0%	4,6%	8,5%	4,2%	
Físico	N	73	39	21	386	114	633	<0,001*
	%	66,4%	27,3%	26,6%	68,7%	88,4%	61,9%	
Intelectual	N	69	109	56	89	9	332	<0,001*
	%	62,7%	76,2%	70,9%	15,8%	7,0%	32,5%	
Mental	N	40	74	35	173	22	344	<0,001*
	%	36,4%	51,7%	44,3%	30,8%	17,1%	33,6%	
Visual	N	5	2	5	51	20	83	<0,001*
	%	4,5%	1,4%	6,3%	9,1%	15,5%	8,1%	
IFBr-M	Nenhum	N	12	11	9	11	9	<0,001*
		%	10,9%	7,7%	11,4%	2,0%	7,0%	
	Leve	N	8	38	15	247	24	
		%	7,3%	26,6%	19,0%	44,0%	18,6%	
	Moderado	N	45	33	31	198	71	
		%	40,9%	23,1%	39,2%	35,2%	55,0%	
	Grave	N	45	61	24	106	25	
		%	40,9%	42,7%	30,4%	18,9%	19,4%	

Nota: * indica associação significativa com a faixa etária pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Nas estatísticas dos qualificadores para os componentes da deficiência graduados pelo instrumento do BPC, foi observada associação significativa com o sexo para todos os itens, com exceção de “fatores ambientais”. A maioria possui qualificador grave, independentemente do sexo, devido à condição de vulnerabilidade social. Em relação às “funções do corpo”, o sexo feminino apresentou maior proporção de graus nenhum e leve, e o sexo masculino de graus moderado, grave e completo. Em relação às “atividades e participação”, ambos os sexos apresentaram maior proporção de grau moderado. Embora tenha sido observada uma diferença discreta, o sexo masculino apresentou maior proporção de impedimento de longo prazo, porém ambos os sexos apresentaram proporções elevadas⁷. Em relação à proporção de deferimento do benefício (BPC), foi observada maior proporção no sexo masculino (Tabela 5).

⁷ Inclui as situações em que não é possível prever se as alterações em funções e/ou estruturas do corpo serão resolvidas em menos de dois anos.

Tabela 5 - Análise da associação para a distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação aos qualificadores, impedimento de longo prazo e resultado favorável para BPC entre os sexos.

			Sexo		Total	Associação com sexo
			Masculino	Feminino		p-valor
Qualificador de funções do corpo	Nenhum	N	4	16	20	<0,001*
		%	0,8%	3,2%	2,0%	
	Leve	N	166	211	377	
		%	32,0%	41,8%	36,9%	
	Moderado	N	166	134	300	
		%	32,0%	26,5%	29,3%	
	Grave	N	110	94	204	
		%	21,2%	18,6%	19,9%	
Qualificador de atividades e participação	Nenhum	N	3	4	7	<0,001*
		%	0,6%	0,8%	0,7%	
	Leve	N	100	140	240	
		%	19,3%	27,7%	23,5%	
	Moderado	N	258	252	510	
		%	49,8%	49,9%	49,9%	
	Grave	N	151	103	254	
		%	29,2%	20,4%	24,8%	
Qualificador de fatores ambientais	Nenhum	N	0	1	1	0,109
		%	0,0%	0,2%	0,1%	
	Leve	N	13	12	25	
		%	2,5%	2,4%	2,4%	
	Moderado	N	143	164	307	
		%	27,6%	32,5%	30,0%	
	Grave	N	360	327	687	
		%	69,5%	64,8%	67,2%	
Impedimento de longo prazo		N	493	465	958	0,043*
		%	95,2%	92,1%	93,6%	
BPC resultado favorável		N	282	226	508	0,002*
		%	54,4%	44,8%	49,7%	

Nota: * indica associação significativa com o sexo pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Em relação aos qualificadores de funções do corpo e de atividades e participação, a maior proporção de grau leve ocorreu nos adultos (18-59 anos), de grau moderado na faixa etária de 11-17 anos e de grave e completa na faixa etária de 0-4 anos. Para o qualificador de fatores ambientais, o grau leve apresentou maior proporção nos adultos (18-59 anos), o grau moderado nos idosos (>59 anos) e o grau grave na faixa etária de 0-4 anos. Não foi observada diferença significativa entre as faixas etárias para o

impedimento de longo prazo. A maior proporção de resultado favorável para o BPC ocorreu na faixa etária de 0-4 anos (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise da associação para a distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) da amostra em relação aos qualificadores, impedimento de longo prazo e resultado favorável para o BPC entre as faixas etárias.

			Faixa etária					Total	Associação com faixa etária
			0-4 anos	5-10 anos	11-17 anos	18-59 anos	>59 anos		p-valor
Qualificador de funções do corpo	Nenhum	N	0	2	0	16	2	20	<0,001*
		%	0,0%	1,4%	0,0%	2,8%	1,6%	2,0%	
	Leve	N	14	37	23	249	54	377	
		%	12,7%	25,9%	29,1%	44,3%	41,9%	36,9%	
	Moderado	N	33	45	29	153	40	300	
		%	30,0%	31,5%	36,7%	27,2%	31,0%	29,3%	
	Grave	N	37	38	13	97	19	204	
		%	33,6%	26,6%	16,5%	17,3%	14,7%	19,9%	
Qualificador de atividades e participação	Nenhum	N	0	0	1	6	0	7	<0,001*
		%	0,0%	0,0%	1,3%	1,1%	0,0%	0,7%	
	Leve	N	0	19	9	174	38	240	
		%	0,0%	13,3%	11,4%	31,0%	29,5%	23,5%	
	Moderado	N	29	64	48	300	69	510	
		%	26,4%	44,8%	60,8%	53,4%	53,5%	49,9%	
	Grave	N	73	60	20	79	22	254	
		%	66,4%	42,0%	25,3%	14,1%	17,1%	24,8%	
Qualificador de fatores ambientais	Nenhum	N	0	0	0	1	0	1	0,010*
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	
	Leve	N	1	4	1	18	1	25	
		%	0,9%	2,8%	1,3%	3,2%	0,8%	2,4%	
	Moderado	N	24	39	19	179	46	307	
		%	21,8%	27,3%	24,1%	31,9%	35,7%	30,0%	
	Grave	N	85	100	58	363	81	687	
		%	77,3%	69,9%	73,4%	64,6%	62,8%	67,2%	
Impedimento de longo prazo		N	107	137	77	513	124	958	0,054
		%	97,3%	95,8%	97,5%	91,3%	96,1%	93,6%	
BPC resultado favorável		N	90	86	46	231	55	508	<0,001*
		%	81,8%	60,1%	58,2%	41,1%	42,6%	49,7%	

Nota: * indica associação significativa com o sexo pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Análise da concordância entre o instrumento do BPC e o IFBr-M considerando os graus de deficiência

Para análise da concordância, foi utilizado o índice Kappa de Fleiss. Para interpretação do Kappa, foi considerado o critério proposto por Landis & Koch (1977) apresentado no quadro 1. Valores de Kappa negativos foram interpretados como ausência de concordância (SILVA & PAES, 2012).

Quadro 1 - Critérios para interpretação dos valores de Kappa (SILVA; PAES, 2012).

Valores de Kappa	Interpretação
<0	Ausência de concordância
0-0,19	Concordância pobre
0,20-0,39	Concordância leve
0,40-0,59	Concordância moderada
0,60-0,79	Concordância substantiva
0,80-1,00	Concordância quase perfeita

O teste do Qui-quadrado indica uma associação significativa entre o instrumento do BPC e o grau de deficiência do IFBr-M, isto é, o aumento no grau de deficiência do IFBr-M está associado ao aumento na proporção de sujeitos com o deferimento do BPC. Entretanto, os valores de Kappa negativos indicam uma concordância nula entre os métodos, tanto no total, quanto para os graus de deficiência do IFBr-M. Entre os sujeitos classificados com grau leve de deficiência pelo IFBr-M, apenas 23,5% tiveram o benefício concedido, ou seja, são pessoas com deficiência para o instrumento do BPC. Para os sujeitos classificados com grau moderado de deficiência pelo IFBr-M, 51,1% obtiveram concessão do BPC. Para os sujeitos classificados com grau grave de deficiência pelo IFBr-M, 88,5% obtiveram concessão do BPC (Tabela 7).

Assim, ao utilizar o ponto de corte do grau leve do IFBr-M como critério de deficiência, a taxa de caracterização aumentaria de 49,7% para quase 94,9%, o que significa um acréscimo de 45,3 pontos percentuais ou 91,1% em termos proporcionais.

Tabela 7 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBr-M	Nenhum	N	6	46	52	-0,026	-0,087	0,035	<0,001†
		% (IFBR-M)	11,5%	88,5%	100,0%				
		% (BPC)	1,2%	8,9%	5,1%				
	Leve	N	78	254	332	-0,381	-0,443	-0,32	
		% (IFBR-M)	23,5%	76,5%	100,0%				
		% (BPC)	15,4%	49,3%	32,5%				
	Moderado	N	193	185	378	-0,039	-0,101	0,022	
		% (IFBR-M)	51,1%	48,9%	100,0%				
		% (BPC)	38,0%	35,9%	37,0%				
	Grave	N	231	30	261	-0,146	-0,207	-0,085	
		% (IFBR-M)	88,5%	11,5%	100,0%				
		% (BPC)	45,5%	5,8%	25,5%				
Total		N	508	515	1023	-0,191	-0,235	-0,146	
		% (IFBR-M)	49,7%	50,3%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBr-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Para ambos os sexos, foi observada associação significativa entre o resultado do instrumento do BPC e do IFBr-M: quanto maior o grau de deficiência para o IFBr-M, maior a percentagem de concessão de BPC. Entretanto, os valores negativos de Kappa indicaram a ausência de concordância entre os métodos para ambos os sexos (Tabela 8). O mesmo resultado é verificado para as diferentes faixas etárias (Tabelas 9 a 13).

Tabela 8 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência por sexo.

				BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
				Sim	Não			LI	LS	p-valor
Masculino	IFBr-M	Nenhum	N	5	23	28	-0,028	-0,114	0,058	<0,001†
			% (IFBR-M)	17,9%	82,1%	100,0%				
			% (BPC)	1,8%	9,7%	5,4%				
		Leve	N	49	120	169	-0,386	-0,472	-0,3	
			% (IFBR-M)	29,0%	71,0%	100,0%				
			% (BPC)	17,4%	50,8%	32,6%				
		Moderado	N	99	73	172	-0,0069	-0,145	0,027	
			% (IFBR-M)	57,6%	42,4%	100,0%				
			% (BPC)	35,1%	30,9%	33,2%				
		Grave	N	129	20	149	-0,168	-0,254	-0,082	
			% (IFBR-M)	86,6%	13,4%	100,0%				
			% (BPC)	45,7%	8,5%	28,8%				
	Total	N	282	236	518	-0,206	-0,268	-0,144		
		% (IFBR-M)	54,4%	45,6%	100,0%					
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%					
Feminino	IFBr-M	Nenhum	N	1	23	24	-0,024	-0,112	0,063	<0,001†
			% (IFBR-M)	4,2%	95,8%	100,0%				
			% (BPC)	0,4%	8,2%	4,8%				
		Leve	N	29	134	163	-0,384	-0,471	-0,297	
			% (IFBR-M)	17,8%	82,2%	100,0%				
			% (BPC)	12,8%	48,0%	32,3%				
		Moderado	N	94	112	206	-0,035	-0,123	0,052	
			% (IFBR-M)	45,6%	54,4%	100,0%				
			% (BPC)	41,6%	40,1%	40,8%				
		Grave	N	102	10	112	-0,125	-0,212	-0,038	
			% (IFBR-M)	91,1%	8,9%	100,0%				
			% (BPC)	45,1%	3,6%	22,2%				
	Total	N	226	279	505	-0,185	-0,25	-0,12		
		% (IFBR-M)	44,8%	55,2%	100,0%					
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%					

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Tabela 9 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária de 0 a 4 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M	Nenhum	N	2	10	12	-0,058	-0,245	0,129	<0,001†
		% (IFBr-M)	16,7%	83,3%	100,0%				
		% (BPC)	2,2%	50,0%	10,9%				
	Leve	N	8	0	8	-0,509	-0,696	-0,322	
		% (IFBr-M)	100,0%	0,0%	100,0%				
		% (BPC)	8,9%	0,0%	7,3%				
	Moderado	N	36	9	45	-0,026	-0,213	0,161	
		% (IFBr-M)	80,0%	20,0%	100,0%				
		% (BPC)	40,0%	45,0%	40,9%				
	Grave	N	44	1	45	-0,257	-0,444	-0,07	
		% (IFBr-M)	97,8%	2,2%	100,0%				
		% (BPC)	48,9%	5,0%	40,9%				
Total		N	90	20	110	-0,263	-0,386	-0,14	
		% (IFBr-M)	81,8%	18,2%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Tabela 10 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária de 5 a 10 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M	Nenhum	N	1	10	11	-0,04	-0,204	0,124	<0,001†
		% (IFBr-M)	9,1%	90,9%	100,0%				
		% (BPC)	1,2%	17,5%	7,7%				
	Leve	N	15	23	38	-0,338	-0,502	-0,174	
		% (IFBr-M)	39,5%	60,5%	100,0%				
		% (BPC)	17,4%	40,4%	26,6%				
	Moderado	N	19	14	33	-0,005	-0,169	0,159	
		% (IFBr-M)	57,6%	42,4%	100,0%				
		% (BPC)	22,1%	24,6%	23,1%				
	Grave	N	51	10	61	-0,271	-0,169	0,159	
		% (IFBr-M)	83,6%	16,4%	100,0%				
		% (BPC)	59,3%	17,5%	42,7%				
Total		N	86	57	143	-0,197	-0,307	-0,087	
		% (IFBr-M)	60,1%	39,9%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Tabela 11 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária de 11 a 17 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M	Nenhum	N	3	6	9	-0,06	-0,281	0,16	<0,001†
		% (IFBR-M)	33,3%	66,7%	100,0%				
		% (BPC)	6,5%	18,2%	11,4%				
	Leve	N	3	12	15	-0,469	-0,689	-0,248	
		% (IFBR-M)	20,0%	80,0%	100,0%				
		% (BPC)	6,5%	36,4%	19,0%				
	Moderado	N	18	13	31	0,002	-0,219	0,223	
		% (IFBR-M)	58,1%	41,9%	100,0%				
		% (BPC)	39,1%	39,4%	39,2%				
	Grave	N	22	2	24	-0,179	-0,4	0,041	
		% (IFBR-M)	91,7%	8,3%	100,0%				
		% (BPC)	47,8%	6,1%	30,4%				
Total		N	46	33	79	-0,207	-0,356	-0,058	
		% (IFBR-M)	58,2%	41,8%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Tabela 12 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária de 18 a 59 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M	Nenhum	N	0	11	11	-0,01	-0,093	0,073	<0,001†
		% (IFBr-M)	0,0%	100,0%	100,0%				
		% (BPC)	0,0%	3,3%	2,0%				
	Leve	N	48	199	247	-0,39	-0,473	-0,308	
		% (IFBr-M)	19,4%	80,6%	100,0%				
		% (BPC)	20,8%	60,1%	44,0%				
	Moderado	N	91	107	198	-0,125	-0,208	-0,042	
		% (IFBr-M)	46,0%	54,0%	100,0%				
		% (BPC)	39,4%	32,3%	35,2%				
	Grave	N	92	14	106	-0,104	-0,187	-0,021	
		% (IFBr-M)	86,8%	13,2%	100,0%				
		% (BPC)	39,8%	4,2%	18,9%				
Total		N	231	331	562	-0,23	-0,296	-0,165	
		% (IFBr-M)	41,1%	58,9%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBR-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Tabela 13 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M, no total geral e por grau de deficiência para faixa etária > 59 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBr-M	Nenhum	N	0	9	9	-0,036	-0,209	0,136	<0,001†
		% (IFBr-M)	0,0%	100,0%	100,0%				
		% (BPC)	0,0%	12,2%	7,0%				
	Leve	N	4	20	24	-0,295	-0,468	-0,123	
		% (IFBr-M)	16,7%	83,3%	100,0%				
		% (BPC)	7,3%	27,0%	18,6%				
	Moderado	N	29	42	71	0,039	-0,133	0,212	
		% (IFBr-M)	40,8%	59,2%	100,0%				
		% (BPC)	52,7%	56,8%	55,0%				
	Grave	N	22	3	25	-0,107	-0,28	0,065	
		% (IFBr-M)	88,0%	12,0%	100,0%				
		% (BPC)	40,0%	4,1%	19,4%				
Total		N	55	74	129	-0,11	-0,237	0,017	
		% (IFBr-M)	42,6%	57,4%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				

Nota: Kappa de Fleiss e intervalo de confiança de 95% (IC) calculado no total e por grau de deficiência do IFBr-M; † indica associação significativa entre o BPC e grau de deficiência pelo IFBr-M pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Embora tenha sido observada uma associação significativa entre o IFBr-M e o resultado “sim” do BPC, o que é natural, pois o aumento do grau de deficiência no IFBr-M aumenta a chance da confirmação da deficiência pelo BPC, os instrumentos não apresentaram concordância significativa. Isto indica que os instrumentos não são equivalentes e apresentam taxas de discordância elevadas.

Análise da concordância entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado

Considerando que o instrumento do BPC visa identificar a pessoa com deficiência, independentemente do grau, os dados do IFBr-M foram dicotomizados em: "não" para grau de deficiência "nenhum"; e, "sim" para os graus de deficiência "leve, moderado e grave".

Após dicotomizar os resultados do IFBr-M, ainda foi possível observar associação significativa entre os instrumentos. Houve uma discreta melhora na concordância com o BPC. Porém, as concordâncias foram pobres (muito baixas) para a maioria das condições

analisadas. Apenas para faixa etária de 0 a 4 anos foi observada uma concordância moderada. Assim, do ponto de vista estatístico, considerando a análise da concordância, o IFBr-M não é capaz de produzir resultados semelhantes aos do BPC.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado para a amostra total, porém a concordância entre os métodos foi muito baixa (Kappa = 0,077). No total geral, 53,6% apresentaram concordância. O percentual de discordância entre os métodos foi de 46,4% (Tabela 14).

Tabela 14 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado no total geral da amostra.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	502	469	971	0,077	0,05	0,104	<0,001†
		% (IFBR-M)	51,7%	48,3%	100,0%				
		% (BPC)	98,8%	91,1%	94,9%				
		% (total)	49,1%	45,8%	94,9%				
	Não	N	6	46	52				
		% (IFBR-M)	11,5%	88,5%	100,0%				
		% (BPC)	1,2%	8,9%	5,1%				
		% (total)	0,6%	4,5%	5,1%				
Total		N	508	515	1023	0,077	0,05	0,104	<0,001†
		% (IFBR-M)	49,7%	50,3%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	49,7%	50,3%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado para ambos os sexos, porém a concordância entre os métodos foi muito baixa, tanto para o sexo masculino (Kappa = 0,086), quanto para o sexo feminino (Kappa=0,070). Foi observada uma concordância de 57,9% para o sexo masculino e de 49,1% para o feminino. O percentual de discordância entre os métodos foi de 42,1% para os homens e de 50,9% para mulheres (Tabela 15).

Tabela 15 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado da amostra por sexo.

da amostra por sexo.

				BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
				Sim	Não			LI	LS	p-valor
Masculino	IFBR-M dicotômico	Sim	N	277	213	490	0,086	0,042	0,13	<0,001†
			% (IFBR-M)	56,5%	43,5%	100,0%				
			% (BPC)	98,2%	90,3%	94,6%				
			% (total)	53,5%	41,1%	94,6%				
		Não	N	5	23	28				
			% (IFBR-M)	17,9%	82,1%	100,0%				
			% (BPC)	1,8%	9,7%	5,4%				
			% (total)	1,0%	4,4%	5,4%				
	Total	N	282	236	518					
		% (IFBR-M)	54,4%	45,6%	100,0%					
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%					
		% (total)	54,4%	45,6%	100,0%					
Feminino	IFBR-M dicotômico	Sim	N	225	256	481	0,07	0,039	0,102	<0,001†
			% (IFBR-M)	46,8%	53,2%	100,0%				
			% (BPC)	99,6%	91,8%	95,2%				
			% (total)	44,6%	50,7%	95,2%				
		Não	N	1	23	24				
			% (IFBR-M)	4,2%	95,8%	100,0%				
			% (BPC)	0,4%	8,2%	4,8%				
			% (total)	0,2%	4,6%	4,8%				
	Total	N	226	279	505					
		% (IFBR-M)	44,8%	55,2%	100,0%					
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%					
		% (total)	44,8%	55,2%	100,0%					

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado e uma concordância moderada ($Kappa = 0,566$) entre os métodos para a faixa etária de 0 a 4 anos. No total geral, foi observada uma concordância de 89,1% na faixa etária de 0 a 4 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 10,9% (Tabela 16).

Tabela 16 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBR-M dicotomizado na amostra de 0 a 4 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	88	10	98	0,566	0,351	0,781	<0,001†
		% (IFBR-M)	89,8%	10,2%	100,0%				
		% (BPC)	97,8%	50,0%	89,1%				
		% (total)	80,0%	9,1%	89,1%				
	Não	N	2	10	12				
		% (IFBR-M)	16,7%	83,3%	100,0%				
		% (BPC)	2,2%	50,0%	10,9%				
		% (total)	1,8%	9,1%	10,9%				
Total		N	90	20	110				
		% (IFBR-M)	81,8%	18,2%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	81,8%	18,2%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado e uma concordância pobre (Kappa = 0,190) entre os métodos para a faixa etária de 5 a 10 anos. No total geral, foi observada uma concordância de 66,4% na faixa etária de 5 a 10 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 33,6% (Tabela 17).

Tabela 17 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBR-M dicotomizado na amostra de 5 a 10 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	85	47	132	0,19	0,074	0,305	<0,001†
		% (IFBR-M)	64,4%	35,6%	100,0%				
		% (BPC)	98,8%	82,5%	92,3%				
		% (total)	59,4%	32,9%	92,3%				
	Não	N	1	10	11				
		% (IFBR-M)	9,1%	90,9%	100,0%				
		% (BPC)	1,2%	17,5%	7,7%				
		% (total)	0,7%	7,0%	7,7%				
Total		N	86	57	143	0,19	0,074	0,305	<0,001†
		% (IFBR-M)	60,1%	39,9%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	60,1%	39,9%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBr-M dicotomizado pelo teste de Qui-quadrado para p-valor $\leq 0,05$.

Não foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado, como também uma concordância pobre (Kappa = 0,130) entre os métodos para a faixa etária de 11 a 17 anos. No total geral foi observada uma concordância de 62,0% na faixa etária de 11 a 17 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 38,0% (Tabela 18).

Tabela 18 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado na amostra de 11 a 17 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	43	27	70	0,13	-0,036	0,296	0,11
		% (IFBR-M)	61,4%	38,6%	100,0%				
		% (BPC)	93,5%	81,8%	88,6%				
		% (total)	54,4%	34,2%	88,6%				
	Não	N	3	6	9				
		% (IFBR-M)	33,3%	66,7%	100,0%				
		% (BPC)	6,5%	18,2%	11,4%				
		% (total)	3,8%	7,6%	11,4%				
Total		N	46	33	79	0,13	-0,036	0,296	0,11
		% (IFBR-M)	58,2%	41,8%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	58,2%	41,8%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para p-valor ≤ 0,05.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado e uma concordância pobre ($Kappa = 0,027$) entre os métodos para a faixa etária de 18 a 59 anos. No total geral foi observada uma concordância de 43,1% na faixa etária de 18 a 59 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 56,9% (Tabela 19).

Tabela 19 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado na amostra de 18 a 59 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	231	320	551	0,027	0,011	0,044	0,005†
		% (IFBR-M)	41,9%	58,1%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	96,7%	98,0%				
		% (total)	41,1%	56,9%	98,0%				
	Não	N	0	11	11				
		% (IFBR-M)	0,0%	100,0%	100,0%				
		% (BPC)	0,0%	3,3%	2,0%				
		% (total)	0,0%	2,0%	2,0%				
Total		N	231	331	562	0,027	0,011	0,044	0,005†
		% (IFBR-M)	41,1%	58,9%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	41,1%	58,9%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBR-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Foi observada associação significativa entre o instrumento do BPC e o IFBr-M dicotomizado e uma concordância pobre ($Kappa = 0,106$) entre os métodos para a faixa etária > 59 anos. No total geral, foi observada uma concordância de 49,6% na faixa etária > 59 anos. O percentual de discordância entre os métodos foi de 50,4% (Tabela 20).

Tabela 20 - Análise da concordância entre o resultado do BPC e do IFBr-M dicotomizado na amostra > 59 anos.

			BPC		Total	Kappa	IC95%		Associação
			Sim	Não			LI	LS	p-valor
IFBR-M dicotômico	Sim	N	55	65	120	0,106	0,037	0,174	0,008†
		% (IFBR-M)	45,8%	54,2%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	87,8%	93,0%				
		% (total)	42,6%	50,4%	93,0%				
	Não	N	0	9	9				
		% (IFBR-M)	0,0%	100,0%	100,0%				
		% (BPC)	0,0%	12,2%	7,0%				
		% (total)	0,0%	7,0%	7,0%				
Total		N	55	74	129	0,106	0,037	0,174	0,008†
		% (IFBR-M)	42,6%	57,4%	100,0%				
		% (BPC)	100,0%	100,0%	100,0%				
		% (total)	42,6%	57,4%	100,0%				

Nota: Kappa ponderado e Intervalo de confiança de 95% (IC) calculado para a concordância entre BPC e IFBR-M dicotomizado; † indica associação significativa entre o BPC e IFBr-M dicotomizado pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa indicam que a taxa de caracterização da deficiência do IFBr-M para os requerentes do BPC é muito superior à do instrumento atualmente adotado no reconhecimento àquele benefício: 94,9% contra 49,7% na amostra, ou seja, uma diferença de 45,3 pontos percentuais ou 91,1% em termos proporcionais. Mesmo descartando os casos de deficiência leve para o IFBr-M, a taxa de caracterização da deficiência continua bastante diferente: 62,5% contra os mesmos 49,7%.

Outro aspecto importante dos resultados é o baixo nível de concordância dos dois instrumentos de avaliação da deficiência. A discordância ocorre, na imensa maioria dos casos, porque praticamente toda a amostra é formada por pessoas com deficiência na ótica do IFBr-M, enquanto o mesmo não acontece no instrumento do BPC. Isto indica que os instrumentos não são equivalentes e apresentam taxas de discordância elevadas⁸.

Uma possível explicação para essas diferenças reside no fato de que o IFBr-M mede a restrição de participação dos requerentes na sociedade que, além da possível deficiência, apresentam condição de vulnerabilidade social⁹. O instrumento do BPC, por outro lado, avalia os três componentes da deficiência, incluindo, além da restrição de participação, as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais. Os qualificadores dos três componentes são combinados para determinar o resultado quanto ao preenchimento dos requisitos estabelecidos pelo art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/93, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao BPC.

A definição geral de pessoa com deficiência pode ser feita a partir do modelo social, em oposição a outras abordagens conceituais existentes, em especial, ao tradicional modelo médico (SANTOS; ARAUJO, 2017). No modelo médico, a deficiência é compreendida como uma lesão a ser tratada no corpo da pessoa mediante cuidados biomédicos (DINIZ, 2007). Pelo modelo social, a deficiência é resultante da interação entre a limitação funcional da pessoa e o meio no qual ela vive, motivo pelo

⁸ Além dos pontos de corte propostos para o IFBr-M, estimamos pontos de corte ótimos para o IFBr-M baseados em análises de sensibilidade e especificidade tomando como base a caracterização da deficiência pelo instrumento do BPC. Os resultados demonstram que não é possível chegar a um resultado próximo ao do instrumento do BPC através do IFBr-M mesmo promovendo ajustes nas régua. Dito de outro modo, caso o IFBr-M seja introduzido no BPC após tais ajustes, deve-se esperar uma mudança substancial do perfil dos beneficiários. Por um lado, muitas pessoas que hoje não acessariam o benefício passarão a acessá-lo. Por outro lado, muitos indivíduos, que hoje conseguiriam o acesso ao BPC devido à sua condição de pessoa com deficiência, não mais poderão acessá-lo.

⁹ De fato, antes de passar pela avaliação biopsicossocial da deficiência, os indivíduos passam pela avaliação administrativa para verificar se a renda per capita do grupo familiar é inferior a um quarto de salário mínimo, que era o limite legal vigente no período de coleta dos dados.

qual o ambiente social é identificado como o fator limitador da situação de deficiência da pessoa, na medida em que são as diversas barreiras existentes que impedem a sua plena inclusão social (LOPES, 2014).

O confronto destas definições com os resultados desta pesquisa permite a compreensão da diferença encontrada entre os instrumentos avaliados, visto que o IFBr-M caracteriza a deficiência unicamente sob a perspectiva social (UNBCIÊNCIA, 2020), tirando o foco do indivíduo e transpondo-o para o ambiente que circunda essa pessoa sob a ótica da igualdade de condições. Contudo, o IFBr-M desconsidera a existência e o grau do impedimento corporal na avaliação da deficiência, exceto na medida em que afeta a funcionalidade. Sendo esta a principal diferença em relação ao instrumento do BPC, que considera os três componentes da deficiência (funções do corpo e fatores ambientais, além das atividades e participação, que são o foco do IFBr-M), conclui-se que a ausência de avaliação do impedimento corporal é responsável pelas diferenças marcantes documentadas neste trabalho.

CONCLUSÃO

A taxa de caracterização da deficiência pelo instrumento IFBr-M é superior à daquele atualmente adotado no reconhecimento de direito ao benefício, havendo um baixo nível de concordância entre os dois instrumentos de avaliação da deficiência. Não há equivalência entre ambos os instrumentos visto que apresentam taxas de discordância elevadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2004.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo

Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, n. 163, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRASIL. Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. **Diário Oficial da União**, 9 maio, 2013.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, p. 43, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instituto Nacional do Seguro Social. **Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015**. Dispõe sobre critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médica da pessoa com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada. 2015a.

BRASIL. Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020 - Institui o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, **Diário Oficial da União**, p. 5, 2020.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W.R. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. **Revista Internacional de direitos humanos**, V.6, n. 11, dez. 2009. Disponível em: <http://www.conectas.org/pt/acoes/sur/edicao/11>. Acesso em: 01 out. 2020.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-74, 1977.

LOPES, L.F. Artigo 1: Propósitos. In: **Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Brasília, 2014.

SANTOS, O.S.; ARAUJO, J.M.L. Índice de Funcionalidade Brasileiro aplicado para fins de classificação e concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência – IF-BrA, instituída pela Lei complementar nº 142/2013: análise da adequação técnica e jurídica das decisões judiciais que sustentam a suposta revogação da portaria interministerial

SDH/MPS/MPOG/AGU nº 1/2014. **Revista Jurídica da Seção Judiciária de Pernambuco**, p. 303-324, 2017.

SILVA, R.S.; PAES, A.T. Por dentro da estatística – Teste de concordância de Kappa. **Educ Contin Saúde Einstein**, v. 10, n. 4, p. 165-6, 2012.

UNBCIÊNCIA. **UnB valida modelo unificado de avaliação da deficiência no Brasil**. Disponível em: <http://www.unbciencia.unb.br/biologicas/114-ciencias-da-saude/610-unb-valida-modelo-unificado-de-avaliacao-da-deficiencia-no-brasil>. Acesso em: 13 out 2020.

UNITED NATIONS. **Committee on the Rights of Persons with Disabilities**. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>. Acesso em: 01 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning Disability and Health**. Genebra, 2001.

ZWEIG, M.H.; CAMPBELL, G. Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. **Clin Chem.**, v. 39, n. 4, p. 561-77, 1993.