

INDYARA DE ARAUJO MORAIS

**Avaliação Biopsicossocial da
Deficiência no Brasil: Uma Análise de
Múltiplas Abordagens**

BRASÍLIA
ABRIL DE 2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

INDYARA DE ARAUJO MORAIS

Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil: Uma Análise de Múltiplas Abordagens.

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientador: Dr. Edgar Merchan-Hamann

Coorientador: Dr. Éverton Luís Pereira

Brasília

2024

INDYARA DE ARAUJO MORAIS

Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil: Uma Análise de
Múltiplas Abordagens.

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Banca Examinadora

Dr. Edgar Merchan-Hamann
Universidade de Brasília

Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez
Universidade de Brasília

Dr. Shamyry Sulyvan de Castro
Universidade Federal do Ceará

Dr. Wederson Rufino dos Santos
Facisa - Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí-MG

Dr. Natan Monsore De Sa
Universidade de Brasília

*Aos amores da minha vida, à pequenina Isadora e ao meu companheiro Weverton
Ao meu avô Lourenço Moraes que faleceu de COVID-19, em 2020*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Dr. Edgar Merchan-Hamann por todos esses anos de pesquisa e orientação, foi uma jornada longa e árdua. Mas com seu jeito leve de levar a vida, generosidade de compartilhar conhecimentos técnicos, as coisas fluíram e conseguimos finalizar essa etapa da minha vida.

Ao meu coorientador Dr. Everton Luís Pereira, que coordenou a validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), pela parceria nos anos turbulentos de pesquisa. Bem como, por ser a pessoa que mais me instigou a ampliar meus horizontes reflexivos, em que um dado, não é só um dado.

Aos demais colegas pesquisadores, parceiros de inúmeros debates, que estiveram atuando na pesquisa de validação do IFBrM, Marineia Resende, Livia Barbosa, Diego Ferreira, Ana Paula Barros; Ana Rita de Paula; Gladston Silva e Willian Rosa.

À Danielly Xavier, minha companheira Sanitarista, pelo grande apoio na análise dos dados estatísticos.

Aos membros da banca que aceitaram contribuir com a discussão.

À todos os participantes da pesquisa, sejam pessoas com ou sem deficiência, e aos profissionais de saúde, educação e assistência social que doaram seu tempo para realizar a coleta de informações do projeto.

À todos os amigos que fizeram parte dessa longa jornada de doutorado.

À Dra. Faye Ginsburg e Dra. Rayna Rapp por terem me recebido na Universidade de Nova York (NYU), compartilhado saberes, me incluírem em disciplinas e acolher nos grupos de discussões de suas pesquisas.

Aos grandes amigos que fizeram parte da minha experiência de Doutorado Sanduíche na NYU. Agradeço em especial ao Dr. Bernardo Oliveira e Dra. Sophie Willians, pesquisadores que estudam e vivenciam a deficiência, e ao Dr. Yan Grenier. Foram muitas noites refletindo sobre capitalismo, deficiência e políticas sociais, entre Brasil, Estados Unidos da América (EUA) e Canadá.

À tantos colegas do governo brasileiro, controle social e academia que me ajudaram a refletir sobre a situação das pessoas com deficiência no Brasil desde 2015, que me incentivaram com as análises e a finalização dessa tese.

À toda minha família, não foi fácil sair de onde viemos para eu conseguir me formar 'dôtor' na família.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos e sogros.

Ao meu companheiro de vida Weverton Rosa e a minha irmã Lohane Amaral, sem vocês não seria possível chegar até o final dessa etapa da vida. Principalmente por terem me apoiado para finalizar a tese ao final de uma licença maternidade.

À minha filha Isadora, que é meu combustível para finalizar a tese.

“Deficiência é a soma das oportunidades perdidas”

Izabel Maior

RESUMO

A Lei Brasileira de Inclusão prevê que, quando necessária, a avaliação para caracterização de pessoa com deficiência para acesso a direitos sociais deve ser biopsicossocial, multiprofissional e interdisciplinar. Essa definição reflete a evolução do entendimento da deficiência para além do aspecto biomédico, com ênfase nos fatores pessoais e ambientais, e a restrição de participação na experiência da deficiência. O Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) emerge como uma ferramenta de avaliação promissora, validada para refletir o contexto sociocultural brasileiro e alinhada ao modelo biopsicossocial da deficiência. O objetivo desta tese de doutorado é analisar a avaliação biopsicossocial da deficiência com múltiplas abordagens, a fim de subsidiar as discussões brasileiras no processo de mudança na lógica de se identificar quem são as pessoas com deficiência no Brasil. Foi realizada uma pesquisa a partir da triangulação de métodos, utilizando técnicas de análise documental, análise de conteúdo, regressão logística multinomial e análise de correspondência. Foram analisados os aspectos políticos, legislativos, análise de dados dos resultados quantitativos e qualitativos da pesquisa de validação do IFBrM, conduzida no período de 2017 a 2019. Os resultados da tese estão separados em cinco artigos científicos e um capítulo de livro, em que foi identificado que a avaliação das pessoas com deficiência no Brasil está em disputa, sendo influenciado pelos governos que buscam a redução de custo e por categorias profissionais que querem exclusividade na avaliação. Em análise das legislações brasileiras de 1988 a 2023, comparou-se os três principais modelos teóricos sobre deficiência no país em que houve predomínio do Modelo Biomédico. Em relação aos resultados o IFBrM, foi utilizada uma amostra de 4.065 indivíduos acima de 18 anos, tendo como desfecho o grau de deficiência: ausente; leve; moderada; grave. Em relação aos fatores pessoais ser do sexo masculino, não ter tido relacionamento, estar na faixa etária de 18 a 59 anos e com baixa escolaridade, estão associados à maior chance de deficiência grave. Em relação aos fatores ambientais a maior associação ocorreu entre o domínio “educação, trabalho e vida econômica” e a barreira “serviços, sistemas e políticas”. Identificou-se que os fatores ambientais desempenham um papel crucial tanto como facilitadores quanto como barreiras à funcionalidade individual, em que quando uma pessoa possuía muitas barreiras ambientais nas atividades de um domínio do IFBrM, ela também possuía muitas barreiras em todos

os outros domínios. Os fatores ambientais “Atitudes” e “Apoio Relacionamento” foram os mais frequentes em todos os domínios do IFBrM dos participantes da pesquisa. Estes resultados ressaltam a importância de intervenções que visem a remoção dessas barreiras, facilitando assim a plena participação social. Em relação as entrevistas com os profissionais de saúde, percebeu-se que os entrevistados reconhecem o impacto significativo dos fatores ambientais e pessoais na participação social das pessoas com deficiência, e a importância de considerar esses fatores na avaliação. Identificou-se que a percepção dos profissionais da deficiência está em processo de transformação para além do modelo biomédico. A síntese destes estudos reforça a necessidade de uma abordagem holística na avaliação das pessoas com deficiência no Brasil. Se fazem necessárias a intersectorialidade de políticas que não apenas reconheçam a multifatorialidade da deficiência, mas que também promovam a inclusão social através da eliminação de barreiras ambientais e do reconhecimento dos fatores contextuais.

Palavras-Chave: Avaliação da Deficiência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Pessoa com Deficiência; Avaliação Funcional; Fatores Ambientais

ABSTRACT:

The Brazilian Inclusion Law provides that, when necessary, the disability evaluation for access to social rights must be biopsychosocial, multidisciplinary, and interdisciplinary. This definition reflects the evolution of the understanding of disability beyond the biomedical aspect, with an emphasis on personal and environmental factors, and the restriction of participation in the experience of disability. The Modified Brazilian Functioning Index (IFBrM) emerges as a promising assessment tool, validated to reflect the Brazilian sociocultural context, and aligned with the biopsychosocial model of disability. The objective of this doctoral thesis is to analyze the biopsychosocial assessment of disability with multiple approaches, to support Brazilian discussions in the process of changing the logic of identifying who people with disabilities are in Brazil. The research was carried out based on the triangulation of methods, using techniques of document analysis, content analysis, multinomial logistic regression, and correspondence analysis. It analyzed the political, legislative, and data analysis of the quantitative and qualitative results of the IFBrM validation research, conducted from

2017 to 2019. The results of the thesis are separated into five scientific articles and a book chapter, in which it was identified that the evaluation of people with disabilities in Brazil is in dispute, being influenced by governments that seek to reduce costs and by professional categories that want exclusivity in the evaluation. In an analysis of Brazilian legislation from 1988 to 2023, the three main theoretical models on disability in the country where the Biomedical Model predominated were compared. Regarding the IBrM results, a sample of 4,065 individuals over 18 years of age was used, with the outcome being the degree of disability: absent; mild; moderate; or severe. About personal factors, being male, not having had a relationship, being in the age group of 18 to 59 years old, and having low education are associated with a greater chance of severe disability. Concerning environmental factors, the greatest association occurred between the domain “education, work, and economic life” and the barrier “services, systems and policies”. It was identified that environmental factors play a crucial role both as facilitators and as barriers to individual functioning, in that when a person had many environmental barriers in the activities of one IBrM domain, they also had many barriers in all other domains. The environmental factors “Attitudes” and “Relationship Support” were the most frequent in all IBrM domains of the research participants. These results highlight the importance of interventions that aim to remove these barriers, thus facilitating full social participation. The interviews with health professionals showed that the interviewees recognized the significant impact of environmental and personal factors on the social participation of persons with disabilities and the importance of considering these factors in the evaluation. It was identified that the perception of disability professionals is in the process of transformation beyond the biomedical model. The synthesis of these studies reinforces the need for a holistic approach to the assessment of people with disabilities in Brazil. Intersectoral policies are necessary that not only recognize the multifactorial nature of disability, but also promote social inclusion through the elimination of environmental barriers and the recognition of contextual factors.

Key words: Disability Evaluation; International Classification of Functioning, Disability and Health; Person with Disabilities; Functional evaluation; Environmental Factors

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Comparação entre modelos teóricos e formas de avaliação da deficiência.
- Figura 1. Resultado da Análise de Correspondência Múltipla em duas dimensões.
- Figura 1. Nuvem das 50 palavras mais frequentes sobre participação plena das pessoas com deficiência na sociedade.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Percurso brasileiro da Avaliação Biopsicossocial para caracterização das pessoas com deficiência, Brasil, 2024
- Tabela 2. Comparação entre as versões do Índice de Funcionalidade Brasileiro, Brasil, 2024.
- Tabela 3. Amostra para o processo de validação do IFBrM pela UnB em, para a Prevalência de 75%, Brasil, 2019.
- Tabela 1 - Distribuição de sujeitos segundo variáveis demográficas na validação do IFBrM, Brasil, 2024
- Tabela 2 - Resultado do modelo logístico multinomial com os participantes da validação do IFBrM, Brasil, 2024.
- Tabela 3 - Avaliação do modelo logístico multinomial com os participantes da validação do IFBrM, Brasil, 2024
- Tabela 1 - Distribuição de sujeitos segundo variáveis demográficas dos participantes acima de 18 anos da pesquisa de validação do IFBrM, 2024.
- Tabela 2 - Coordenadas da Análise de Correspondência e resultado da Análise de Agrupamento (Cluster *K-Means*) das barreiras ambientais e domínios do IFBrM, 2024
- Tabela 3. Mapa de calor - resíduos do teste Qui-quadrado entre tipos de barreira e domínios do IFBrM dos participantes da pesquisa, Brasil, 2024
- Tabela 1. Caracterização dos Avaliadores Entrevistados por Questionário Semiestruturado, Brasil, 2024.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Legislações sobre o conceito de deficiência vigentes e concorrentes no Brasil, 2023.

Quadro 3. Análise das Legislações brasileiras relacionados ao modelo teórico e forma de avaliação da pessoa com deficiência ,1988 a 2023, Brasil.

Quadro 2. Processo de análise da legislação para resposta à questão de estudo, Brasil, 2024

Quadro 1 – Descrição do percurso teórico-metodológico do estudo, Brasil, 2024.

Quadro 2. Processo de análise da legislação para resposta à questão de estudo, Brasil, 2024

Quadro 3. Análise das Legislações brasileiras relacionados ao modelo teórico e forma de avaliação da pessoa com deficiência ,1988 a 2023, Brasil.

Apêndice. Análise das legislações sobre conceito e avaliação da pessoa com deficiência entre 1988 e 2023 no Brasil.

Quadro 1. Matriz do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) aplicada no processo de validação, 2019.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABASC - Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva
APAES - Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CDC - Centro de Controle de Doenças
CDPD - Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CER - Centros Especializados em Reabilitação
CF - Constituição Federal
CGSPD - Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
CHIEF - *Craig Hospital Inventory of Enviromental Factors*
CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CONADE - Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ETF - Força-Tarefa Ambiental
EUA - Estados Unidos da América
EVA - Escala Visual Analógica
FINATEC - Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos
GTI - Grupo de Trabalho Interinstitucional
IB - Índice de Barthel
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps
IFBr - Índice de Funcionalidade Brasileiro
IFBrA - Índice de Funcionalidade Brasileiro adaptado para fins de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência
IFBrM - Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
LBI - Lei Brasileira de Inclusão

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MBA - *Master in Business Administration*
MDS - Model Disability Survey
MIF - Medida de Independência Funcional
MQE - *Measure of the Quality of the Environment*
MS - Ministério da Saúde
NYU - New York University
OEI - Organização dos Estados Ibero-Americanos
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PROBAD - Protocolo Brasileiro de Avaliação da Deficiência
QRMB - Questionário Roland-Morris Brasil
RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RGPS - Regime Geral de Previdência Social
SCIM-IV - *Spinal Cord Independence Measure*
SDPD - Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRI - Teoria de Resposta ao Item
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UnB - Universidade de Brasília.
Upias - Liga dos Lesados Físicos contra Segregação
WHODAS - World Health Organization Disability Assessment Schedule

Sumário

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	21
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. Geral.....	25
2.2. Específicos.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1. Modelos Teóricos da Deficiência	26
3.1.1. Modelo Biomédico.....	30
3.1.2. Modelo Social.....	33
3.1.3. Modelo Biopsicossocial.....	38
3.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	41
3.3. Participação.....	45
3.4. Atividades.....	46
3.5. Estrutura e Funções do Corpo (impedimentos).....	46
3.6. Os Fatores Contextuais.....	48
3.6.1. Fatores Pessoais.....	49
3.6.2. Fatores Ambientais	52
3.7. Mensuração da Deficiência	56
3.7.1. Instrumentos de Avaliação da Deficiência.....	59
3.8. Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil	60
3.8.1. Construção do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr)	63
3.8.2. Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado para fins da concessão da	
aposentadoria da pessoa com deficiência (IFBrA).....	65
3.8.3. Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)	66
3.8.3.1. Aspectos Políticos na construção do IFBrM	68
4. MÉTODOS.....	70
4.1. Análise Política.....	70
4.2. Análise legislativa	71
4.3. Avaliação do estudo nacional transversal.....	72

4.4. Entrevistas Semiestruturadas.....	73
5. RESULTADOS	75
5.1 Artigo 1 - Modelo biopsicossocial na avaliação da deficiência: Deficiência não é um código da CID	77
5.2 O Artigo 2. Marcos legislativos do conceito de pessoa com deficiência e sua avaliação para concessão de direitos sociais no Brasil.....	97
5.3 O Artigo 3. Fatores Pessoais na Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil, 2018 a 2019	128
5.4 Artigo 4. Fatores Ambientais na Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil, 2018 a 2019.	152
5.5 O Artigo 5. Percepções dos profissionais de saúde sobre as pessoas com deficiência a partir da Avaliação Biopsicossocial do IFBrM.	180
6. DISCUSSÃO	200
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	205
8. CONCLUSÃO.....	206
9. REFERÊNCIAS	208
10. APÊNDICES.....	221
11. ANEXOS.....	228

APRESENTAÇÃO

Sempre há um contexto para cada coisa, em cada lugar, em determinado momento, como as premissas da pesquisa científica: o quê, quem, quando, onde e como. Assim contextualizo essa tese de doutorado com o meu objeto, quem são as pessoas participantes, período de análise, local e como as pessoas são afetadas no final das contas. Outro aspecto importantíssimo é qual a perspectiva da autora para a análise desses dados. Nenhum cientista é isento de perspectiva de análise.

Sou Sanitarista.

Formei na graduação em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia (2014), sendo da terceira turma dessa graduação no país. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde (2016), ambas na Universidade de Brasília (UnB). Como especialização fiz um MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde (2017), o qual contribuiu muito com outras técnicas de pesquisa que não conhecia por meio da Saúde Coletiva.

Estar no campo da Saúde Coletiva, a partir da graduação nos últimos 15 anos, me fez perceber a importância desse profissional interdisciplinar, em que minha formação base tem três eixos estruturantes: Epidemiologia; Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde; e, Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa e escrita da tese, perpasssei por esses eixos mostrando que o fazer teórico-prático-técnico desse profissional, utilizando técnicas de pesquisas diferentes olhando para o mesmo objeto que é a Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.

A deficiência faz parte da diversidade humana, que estão em constante interação com as demais pessoas e ambientes físicos. As pessoas são complexas de forma geral, a grande questão relacionada a pessoas com deficiência é a estigmatização que elas enfrentam na sociedade.

Mas como cheguei aqui?

Na Graduação participei de múltiplos projetos científicos e de extensão, no Mestrado estudei e trabalhei em parceria com os Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais), que são órgãos de controle social fundamentais para a garantia de direitos. Participei de todas as instâncias do movimento estudantil desde o ensino médio. Tive grande atuação no processo de regulamentação da profissão de Sanitarista, Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023, enquanto era Presidente da

Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC). Então tenho como premissa básica de vida que o meu esforço e trabalho voltam-se ao coletivo.

Adentrei ao campo da deficiência quando fui colaboradora na Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD), no Ministério da Saúde (MS). Com muito orgulho, estava no dia da assinatura da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) no Palácio do Planalto, em 2015. Nos anos posteriores trabalhei na produção de conhecimento, análise de projetos assistenciais, legislações, processos judiciais e dentre outras atividades necessárias para o cuidado em reabilitação das pessoas com deficiência.

Ao revisitar as minhas agendas de trabalho, as primeiras anotações sobre o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) datam de 10 de agosto de 2017, tendo como tópicos: discussão do instrumento para alterações; similaridade ao instrumento de qualidade de vida; comparar com o instrumento Model Disability Survey (MDS) e com o do Benefício de Prestação Continuada (BPC); como fazer a avaliação da função do corpo; incluir tecnologia assistiva; inserir fatores ambientais. Todos os tópicos desse primeiro dia serão aqui avaliados e discutidos em maior ou menor grau durante a escrita da tese.

Em 2017, foram pelo menos três reuniões por semana discutindo esse instrumento dentro do Ministério da Saúde, pois estávamos na etapa de Validação de Conteúdo. Os anos de 2018 e 2019 foram totalmente tomados por trabalhar no processo de Validação de Face e Acurácia. Lembro das discussões de cada atividade, em cada domínio, de cada item do formulário e da escolha realizada. Agradeço a dezenas de pessoas, literalmente, que me ensinaram tanto nesse curto período.

Aqui faço um momento de resgate histórico, a LBI foi aprovada em 2015, que indica um novo conceito sobre a pessoa com deficiência no país e que sua avaliação deveria ser biopsicossocial. A assinatura dessa lei foi pela Presidenta Dilma, que sofreu um golpe no ano posterior. Logo, a pesquisa de validação realizada pela Universidade de Brasília (UnB), teve como plano de fundo os profundos entraves políticos de três Governos distintos, Dilma, Temer e Bolsonaro, sendo este último um momento muito difícil que foi debatido em um capítulo de livro fruto desta tese (apêndice).

Apesar dos entraves políticos, que deixaram marcas psicológicas em todos os membros da equipe de pesquisa, fizemos o nosso papel enquanto pesquisadores: elaboramos uma hipótese, testamos, analisamos os dados e entregamos um relatório

ao financiador. Nosso papel era validar o IFBrM para todas as políticas sociais e todas as faixas etárias, o que foi feito.

Enquanto pesquisadora que avaliou pessoas em todos os serviços, de diversas faixas etárias, atuou em outras pesquisas, sempre havia o incômodo de que as barreiras ambientais não eram *consideradas* no momento da pontuação da avaliação, ou seja, não contavam ponto para a gravidade da deficiência. Resgatando os meus registros, em várias reuniões havia propostas de como qualificar esse instrumento especificamente neste ponto, visto que seria utilizado para caracterizar quem eram as pessoas com deficiência para todas as políticas sociais do Brasil, apesar de que nenhuma proposta concreta foi feita.

No campo da deficiência, desde 2015, atuei como gestora de políticas públicas de saúde, coordenadora de pesquisa sobre direitos humanos das pessoas com deficiência para instituição filantrópica, pesquisadora em diversos projetos nacionais e internacionais sobre acesso a saúde por pessoas com deficiência, gestora em um plano de saúde suplementar que está criando uma primeira política voltada a esse público. Além disso, participei de eventos sobre acessibilidade, fui em congressos nacionais e internacionais, estudei no Centro de Estudos sobre Deficiência na Universidade de Nova York (NYU), e atualmente estou como conselheira no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) representando a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Enfim, ao final de tudo isso, sinto que com a tese estou contribuindo para um debate nacional ainda incipiente, mas que pode ser subsídio para construções coletivas e entendimentos que realmente afetem de forma positiva as pessoas com deficiência.

Reitero uma frase que coloquei na minha qualificação “meu doutorado é político, é científico e é social”.

Estive na NYU com bolsa de estudos da Comissão *Fulbright* do Governo dos Estados Unidos da América (EUA), o que dá uma grande oportunidade de conhecer pesquisadores de todo o mundo. Conheci pessoas de mais de 100 países diferentes, sempre trazendo a questão da deficiência e tentando conhecer como são as políticas nesses locais. Entretanto, percebi que pouquíssimas pessoas pesquisavam a temática, e que em todas as culturas que conheci, as pessoas com deficiência ainda eram vistas como uma minoria e de forma capacitista.

Nesse contexto de maturidade ao final do doutorado, percebo que a avaliação da pessoa com deficiência é essencial para garantir os direitos conquistados a duras penas pelas próprias pessoas com deficiência.

Devo destacar que não me identifico enquanto pessoa com deficiência, mas sou neurodivergente que luta e trabalha para que as pessoas com deficiência tenham seus direitos garantidos, seja como pesquisadora ou na gestão de políticas públicas ou privadas.

1. INTRODUÇÃO

As definições de deficiência são derivadas dos diferentes modelos teóricos e há diversas abordagens para explicar o fenômeno da deficiência com propósitos variados, resultando em conflitos, contradições e confusão entre os termos (ALTMAN, 2001). No plano teórico, definir deficiência não é simplesmente um exercício de semântica: alterar a definição teórica de deficiência pode ter implicações sociais, econômicas e políticas de grande alcance.

No Brasil o conceito está previsto na Lei Brasileira de Inclusão (LBI), que prevê que as pessoas com deficiência são aquelas “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” (BRASIL, 2015). Este conceito de deficiência deriva do Modelo Biopsicossocial da Deficiência, uma teoria originária da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001 (BEAUDRY, 2019; OMS; MUNDIAL, 2011; SHAKESPEARE, 2017; WHO; OPAS, 2008)

O conceito ampliado de deficiência proposto pelo modelo biopsicossocial, utilizado na legislação brasileira, é a base teórica para essa tese de doutorado. Destaca-se que o olhar ampliado da deficiência oriunda da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), aprovado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2001. Essa Convenção de Direitos Humanos foi um marco social e legislativo de grandes proporções no qual diversos países se comprometeram a aplicá-la, passando assim a reconhecer as pessoas com deficiência como sujeitos de direitos sendo promulgada com status de Emenda Constitucional no Brasil em 2009, definindo que a deficiência é um conceito em evolução (BRASIL, 2009).

A definição de conceitos e modelos teóricos servem para atribuir valor ao fenômeno social da deficiência, que é única dentre os sujeitos, pois é afetada por fatores pessoais, ambientais e sociais. Essa conceituação se faz necessária para que possamos decidir, de forma individual e/ou coletiva, como devemos nos relacionar, uma vez que tem implicações em contextos jurídicos e sociais, podendo ser protetiva ou causar danos às pessoas com deficiência (BEAUDRY, 2019).

Conceitualmente, essa definição clara do conceito sobre pessoa com deficiência que seria abordado foi um avanço acadêmico, político e social. O Modelo Biopsicossocial se propõe a ampliar o olhar para esses sujeitos para além de questões biológicas, da legislação anterior que caracteriza pessoa com deficiência exclusivamente por impedimentos com um código na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)(BRASIL, 2004; MADEIRA; MAIOR, 2017; MORAIS, 2023; SANTOS, 2016; SETUBAL; FAYAN, 2017).

Com essa decisão legislativa de mudar conceitos, o Estado Brasileiro se compromete de forma política e social a execução das avaliações biopsicossociais. Contudo, há ainda, o entrave econômico, visto que atualmente a forma de caracterização de um indivíduo com deficiência é por meio de laudo médico em que contém um CID para maioria da política públicas(BERNARDES, 2022; SANTOS, 2016).

A partir da LBI a avaliação para caracterização da deficiência deverá ser biopsicossocial, realizada de forma multidisciplinar, considerando: impedimentos corporais; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a funcionalidade; e, restrição de participação (BRASIL, 2015). Todos esses aspectos estão presentes de forma maior ou menor nos capítulos da CIF, retomando a lógica de funcionalidade *versus* deficiência prevista nessa classificação.

Sabariego e colaboradores (2015) discutem que há uma falta de consenso na forma de avaliar a deficiência internacionalmente, pois cada país possui um conceito sobre deficiência que afeta a identificação da prevalência estimada. Por consequência, a variabilidade afeta na construção de políticas públicas de médio e longo prazo, que deveriam estar impactando de forma positiva a vida das pessoas que experienciam a deficiência.

A Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (SDPD) (BRASIL, 2023) lançou um diagnóstico sobre as diversas formas de se identificar as pessoas com deficiência com base nos dados do governo federal, em que foi possível identificar que para cada política pública, um conceito de deficiência é utilizado e que consequentemente há um acesso ou não concedido à política. Segundo o documento, a regulamentação da avaliação biopsicossocial unificada da deficiência poderá contribuir para a concessão de benefícios sociais previstos em legislações, e para

orientar a elaboração de diagnósticos precisos por parte do poder público, das necessidades das pessoas com deficiência.

A avaliação biopsicossocial da deficiência, prevista na LBI, até o momento da finalização dessa tese, não foi regulamentada no Brasil.

Há uma diversidade de instrumentos de avaliação da deficiência no mundo (BALLERT et al., 2019; BOURKE et al., 2021; MADANS; LOEB; ALTMAN, 2011; SABARIEGO et al., 2015a). Contudo, o Governo Federal decidiu investir na construção do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), em 2008, que fosse baseado no conceito de deficiência da CDPD e na CIF (FRANZOI et al., 2013).

Esse instrumento chegou em sua terceira versão denominada Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), que foi escolhido pelo Governo Brasileiro para ser o instrumento a ser utilizado para a avaliação e caracterização dos indivíduos com deficiência para fins de políticas sociais no Brasil. Essa decisão foi ratificada pelo Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE) (2020).

O IFBrM foi validado pela Universidade de Brasília (UnB) na pesquisa “Implementação do Modelo Único de Avaliação e Valoração da Deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras”. Este projeto foi fruto de Carta Acordo firmada entre a Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (SNDPD), a Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC) e a UnB (BARROS et al., 2019). Esta tese de doutorado utiliza parte dos dados coletados durante a pesquisa para olhar a avaliação biopsicossocial da deficiência no Brasil.

Inicialmente no projeto de qualificação do doutorado previa que seria avaliado os fatores contextuais e sua influência na avaliação de funcionalidade para caracterização da pessoa com deficiência, a partir do IFBrM. Ampliou-se essa temática para abarcar uma análise contextual política e legislativa.

O referencial teórico está dividido em capítulos, para ilustrar a discussão sobre o objeto, e os resultados são apresentados em formato de cinco artigos científicos e um capítulo de livro. Esse formato é permitido pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Por ter uma limitação de espaço nas revistas científicas, no referencial teórico há um aprofundamento das discussões relacionadas às temáticas dos artigos.

Inicialmente foi produzido um capítulo de livro, já publicado, intitulado “Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós?”, construído a partir dos insumos da qualificação. Neste produto foi realizado o resgate histórico e teórico de forma sintética, discutindo como o Governo Bolsonaro atuou no Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação e o resultado desse trabalho (MORAIS, 2023).

O artigo 1 discute de forma aprofundada que a deficiência não é um código da CID, com o propósito de trazer de forma rápida alguns subsídios para a discussão sobre a avaliação da deficiência, a partir dos conceitos existentes em duas legislações concorrentes e vigentes no país para fins de concessão de benefícios sociais brasileiros. Em complemento, o artigo 2 faz o resgate dos marcos legislativos que possuem conceitos de pessoas com deficiência, sua avaliação e relacionar com os principais modelos teóricos sobre deficiência no país.

Nos artigos 3 e 4 são explorados os dados da pesquisa de validação de acurácia do IFBrM, buscando verificar se há associação entre os fatores pessoais e ambientais com a gravidade da deficiência, que é o desfecho do IFBrM.

No artigo 5 buscou-se compreender como os profissionais de saúde, que fizeram a coleta de dados da pesquisa de validação, entendem a deficiência, fatores contextuais e quais são as influências na avaliação biopsicossocial.

Por fim, o objetivo dessa tese é analisar a avaliação biopsicossocial da deficiência com múltiplas abordagens, a fim de subsidiar as discussões brasileiras no processo de mudança na lógica de se identificar quem são as pessoas com deficiência no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar a avaliação biopsicossocial da deficiência com múltiplas abordagens, a fim de subsidiar as discussões brasileiras no processo de mudança na lógica de se identificar quem são as pessoas com deficiência no Brasil.

2.2. Específicos

- a) Identificar os conceitos de pessoas com deficiência nas legislações federais brasileiras e relacionar aos modelos teóricos sobre deficiência, bem como indicar como se materializa a avaliação da deficiência a partir destes;
- b) Avaliar a associação entre fatores pessoais e grau de deficiência entre os sujeitos avaliados acima de 18 anos;
- c) Avaliar a associação das barreiras ambientais com os domínios e atividades do IFBrM entre os sujeitos avaliados acima de 18 anos
- d) Compreender a percepção dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde sobre deficiência, participação social e a avaliação biopsicossocial da deficiência.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Modelos Teóricos da Deficiência

Definições conceituais são explicações de forma simbólica como uma forma de comunicação entre pesquisadores, gestores, movimentos sociais (ALTMAN, 2001). Existem diversos modelos teóricos sobre deficiência, como o “biomédico, social, minoritário, cultural, relacional, moral, consumidor, econômico, direitos humanos, diversidade, estudos críticos da deficiência, análise sistêmica, identidade, caridade, religioso, limites, reabilitação”(ADAM; KOUTSOKLENIS, 2023).

Nas últimas décadas o campo dos Estudo sobre Deficiência tem ganhado mais pesquisadores com perspectivas diferentes, teorias que coexistem, se complementam ou divergem, com uma nova forma de se compreender o fenômeno da deficiência. Essa fase se aproxima do conceito de paradigma de segundo Thomas Khun(1970), em que fornecem uma base teórica para que os cientistas possam debater sobre os fenômenos relacionados.

Ao relacionar os modelos com o seu tempo histórico percebe-se sua influência na evolução dos debates, em que não é raro que um modelo teórico sobre deficiência seja influenciado e interaja com os outros modelos (BERGHS et al., 2016). Essa característica humana foi historicamente compreendida, por certo momento como uma maldição, outrora algo divino de força superior, porém com estereótipos claros (MOISES; STOCKMANN, 2020).

O cristianismo teve um papel importante na história caritativa que seguiu até hoje, em que a pessoa com deficiência possui alma, portanto, não pode ser abandonado ou ser morto, por ser pecado para Deus. Ao mesmo tempo, a deficiência era resultado do pecado, sendo resultado de um castigo divino (CAMPOS, 2008).

Em outras culturas as crianças com deficiência poderiam ser resultado de feiticeiros ou bruxos. Pela perspectiva do cristianismo, a partir do século IV, começaram a surgir os primeiros hospitais de caridade voltados aos indigentes e pessoas com deficiências(FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Outros modelos teóricos foram propostos na literatura internacional. A Teoria Feminista sobre Deficiência, proposta por Garland-Thomson (2002), aproxima a um entendimento complexo e cultural da história dos corpos, em que a teoria vai para além dos tópicos explícitos sobre deficiência. Segundo a autora a “teoria feminista da

deficiência aborda preocupações feministas tão amplas como a unidade da categoria mulher, o status do corpo vivido, a política da aparência, a medicalização do corpo, o privilégio da normalidade, o multiculturalismo, a sexualidade, a construção social da identidade e o compromisso com a integração”(GARLAND-THOMSON, 2002, p. 4). Nesse sentido o conceito de deficiência, assim como o gênero, permeia todos os aspectos culturais dos sujeitos e suas identidades sociais e a experiência humana compartilhada de personificação.

A partir dessa teoria, o sistema de deficiência criado pelas instituições sociais exclui os tipos de formas corporais, funções, impedimentos, mudanças ou ambiguidades que põem em causa nossa fantasia cultural do corpo como um instrumento neutro, e desvalorizar as pessoas com corpos que não se conformam com a cultura padrões(GARLAND-THOMSON, 2012).

Kafer (2013) oferece um Modelo Híbrido Político/Relacional da Deficiência, ao criar um modelo social e minoritário, mas que lê a experiência da deficiência sob a ótica das críticas de identidade, a partir das teorias feministas e *queer*. Esse modelo oferece uma abertura para respostas ativistas, ao perceber a deficiência de forma coletiva, ao ter o foco na experiência política de ser uma pessoa com deficiência em vez da individual. Assim, a busca é por um futuro de consciência sobre a deficiência enquanto política.

A polissemia de conceitos foi trabalhada por Beaudry(2019) que propõe que estes Modelos e Conceitos sejam divididos como reducionistas (conceito a ou b), mistos (conceito a+b), *open-ended referents*, *open-ended values* e *radically open-ended accounts of “disability”*. Segundo o autor, os modelos reducionistas e mistos propõem uma definição clara sobre deficiência, ao oferecer um critério determinado para definir como uma pessoa com deficiência. Nos modelos reducionistas há uma clara definição da origem da deficiência, socialmente construída ou um impedimento corporal. Na criação dos modelos mistos houve uma insatisfação com as narrativas reducionistas, em que os tomadores de decisão expandiram os critérios do que seriam identificados como uma pessoa com deficiência, com a caracterização da deficiência como um fenômeno complexo, com interação entre as características individuais e o ambiente.

Para Beaudry(2019), ao entender a deficiência como um fenômeno complexo, há uma multiplicação de critérios que podem ser identificados para formular um conceito. Os conceitos “*open-ended*” possuem uma abordagem que emprega um

critério mais abstrato para identificar a deficiência, colocando limites em o que poderia ser considerado ou não como deficiência. O autor lista diversos tipos de critérios para autores diferentes do que poderia ser deficiência, partindo desde necessidade de proteção social enquanto pessoas com deficiência para “todas as pessoas que tivessem qualquer desvantagem física ou mental que sofrem discriminação na sociedade”, até qualquer pessoa que o movimento das pessoas com deficiência entenda que seja uma pessoa com deficiência. Nos conceitos “*open-ended*” evita-se ter uma definição fechada de deficiência, mas há criação de parâmetros para dizer o que pode ser considerado tem como premissa a busca da inclusão da maior diversidade possível de experiências, por exemplo, de pessoas que sofrem de dor crônica, são discriminadas pela sociedade e vivem em situação de vulnerabilidade social.

Por fim, os conceitos “*radically open-ended accounts of “disability”*” surgem da insatisfação com a necessidade de determinar o que é deficiência de forma unitária ou universal. Há o desafio da necessidade de se determinar o que é deficiência, e busca estimular a capacidade crítica das noções de normalidade e entender os nuances da experiência enquanto um fenômeno coletivo. Ademais, busca entender de forma holística a experiências subjetivas, incluindo aquelas que constituem a identidade dos sujeitos (BEAUDRY, 2019).

Wasserman e Aas (2023) discutiram os aspectos filosóficos dos Modelos Teóricos e definições sobre deficiência, em que indicaram que o pluralismo vem das percepções da deficiência e a discriminação e opressão que este grupo sofre enquanto identidade, semelhante à raça ou ao gênero nesses aspectos. Segundo os autores, os modelos buscam (1) identificar a deficiência enquanto um conjunto de fenômenos que precisa ser explicado (quando é explicado), que tipicamente, mas não necessariamente, é caracterizado como uma *desvantagem*; e (2) uma explicação desses fenômenos, tipicamente, mas não somente, uma explicação de porque as pessoas com deficiência experimentam essas *desvantagens* na vida cotidiana.

A Teoria Crítica da Deficiência é outra perspectiva em que abarca um conjunto diversificado e interdisciplinar de discussões, entendendo-a como um fenômeno cultural, histórico, relativo, social e político. Nessa teoria, há o desafio aos estudos tradicionais sobre deficiência e busca o engajamento ativista, de forma intersetorial e de coalizão. Deste modo, essa teoria é significativamente voltada para a exposição e análise do capacitismo que interage sistematicamente com outras estruturas de poder

que a estigmatizam. Segundo essa teoria o capacitismo molda nosso mundo e produz deficiência(HALL, 2019) .

O debate sobre os Modelos Teóricos sobre a Deficiência é diverso na literatura internacional nas perspectivas sociais, filosóficas, saúde, educação entre outros, com dezenas de artigos, livros e materiais publicados em inglês. Entretanto, essa discussão ampliada de modelos teóricos ainda é insipiente no Brasil, que pode ser justificada pela baixa fluência dos brasileiros na língua inglesa.

No campo da deficiência no âmbito brasileiro, três importantes modelos teóricos têm sido discutidos(MADEIRA; MAIOR, 2017), cada um com uma perspectiva específica sobre as pessoas com deficiência, sendo dois deles classificados como modelos reducionistas pela proposta de Beaudry (2019): Modelo biomédico, Modelo Social; e um como modelo misto: o Modelo Biopsicossocial.

As definições conceituais são explicações de forma simbólica como uma forma de comunicação e existem diversos modelos teóricos sobre deficiência no mundo (ADAM; KOUTSOKLENIS, 2023).

Já os modelos teóricos têm o papel de interpretar situações da vida cotidiana e pensar como se dão em seus contextos sociais e históricos. No entanto, os usos de uma teoria estão no diálogo entre sujeitos políticos e sociais, entre academia e movimentos sociais; uma abordagem escolhida é uma declaração política que pode mudar políticas públicas que afetam milhões de pessoas.

A definição de deficiência mudou ao longo dos séculos; seus termos são carregados de violência e eufemismos discriminatórios(MOISES; STOCKMANN, 2020).

No Brasil, a pesquisadora Débora Diniz foi precursora da discussão acadêmica sobre deficiência, com a publicação do artigo “Modelo social da deficiência: a crítica feminista”, em 2003(DINIZ, 2003). Posteriormente, houve a publicação da obra “O que é deficiência?” de Débora Diniz, em 2007, que faz uma sumarização dos textos e debates internacionais teóricos sobre a deficiência. A autora detalha que a definição de deficiência foi se modificando por séculos, com termos carregados de violência e eufemismos discriminatórios(DINIZ, 2007).

Nas últimas décadas tem se produzido reflexões epistemológicas das ciências sociais e humanas sobre a deficiência, e mesmo aquelas na interface com as ciências da saúde, em programas de pós-graduação. Essas pesquisas passaram a considerar

a interseccionalidade nas linhas de pesquisa e aos estudos das desigualdades sociais (MELLO; AYDOS; SCHUCH, 2022).

Considerando o objeto dessa tese e produtos desenvolvidos, serão aprofundados os três modelos teóricos mais debatidos no Brasil e suas implicações legislativas e sociais.

3.1.1. Modelo Biomédico

A deficiência faz parte da diversidade humana, deste modo, sempre existiu na história como o sujeito marginalizado. Todos aqueles fora do considerado 'normal' estariam nessa condição marginal à sociedade (CAMPOS, 2008). Com o estabelecimento do capitalismo, os corpos eram pensados na lógica de produção, com condições de trabalho precárias, turnos de 18 horas, e que muitos acidentes de trabalho ocorriam levando mais trabalhadores a se tornarem pessoas com deficiência (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011; MOISES; STOCKMANN, 2020).

A partir do século XX que as questões sociais das pessoas com deficiência começaram a ter o olhar de direitos básicos dessas pessoas, mas ainda voltado ao olhar caritativo e focado no impedimento corporal desses sujeitos, na percepção da dita 'normalidade' (BERNARDES, 2011; CAMPOS, 2008; FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011; MOISES; STOCKMANN, 2020).

Davis (2013) discute que o conceito de normalidade, poder e cultura que se tem na atualidade e como foi incorporado nas nossas sociedades ocidentais, bem como sua relação com a deficiência. Partiu-se da ideia de corpo ideal dos Gregos, na Europa pré-industrial, e em povos tribais, para a necessidade de determinar o padrão dos corpos normais a partir da estatística com Adolphe Quetelet (1796–1847).

Diferente do corpo ideal, muito utilizado nas artes, o conceito de normalidade implica que toda uma população deveria estar abarcada dentro de um parâmetro. Se há corpos diversos, em uma sociedade que existe o conceito de normalidade, as pessoas com deficiência são desviantes. Essa percepção foi base para discussões eugenistas, que se utilizaram da estatística para estabelecimento de população padrão e não padrão, criando assim uma subpopulação, que conseqüentemente buscava-se a eliminação dos corpos 'defeituosos' (DAVIS, 2013).

Embora se tenha a ideia de que os eugenistas eram apenas os nazistas na Alemanha, as ideias eugenistas de superioridade dos corpos perpassaram por

diversos pesquisadores em países diferentes (DAVIS, 2013). A Esterilização compulsória das pessoas com deficiência é um exemplo disso. Entre 1907 até 1945 foram realizadas aproximadamente 60 mil operações nos Estados Unidos da América (EUA), de pessoas com deficiência mental nos lares e hospitais estatais que eles consideravam inaptos para serem pais. Após a Segunda Guerra Mundial houve um declínio em operações nos EUA, após as revelações de procedimentos eugênicos e esterilizações de mais de 400 mil pessoas (REILLY, 2015). No Brasil a esterilização compulsória de mulheres com deficiência só foi proibida a partir da LBI, em 2015 (BRASIL, 2015).

A dualidade entre “normal” e o “anormal” tornou-se evidente ao longo dos últimos séculos (DINIZ, 2007). Sobretudo ao se observar os corpos humanos, em que o objetivo central era trazer esses corpos a um padrão na perspectiva da medicina (SANTOS, 2018). Deste modo, a medicina trazia a cura para adequação ao normal.

O campo da saúde, tendo como olhar histórico o biomédico, encontra na pessoa com deficiência a experiência da doença, tudo aquilo que é um desvio de normalidade, devendo ser curado ou reabilitado, com a visão baseada em seu impedimento nas funções e estruturas de seu corpo, de forma exclusiva (MADEIRA; MAIOR, 2017; MAIOR, 2009). Esse olhar reducionista aos aspectos físicos e mentais dos sujeitos é a definição do Modelo Biomédico da Deficiência, quando a ênfase é colocada nas incapacidades e limitações dos indivíduos, quando há a presunção de inferioridade fisiológica (BERNARDES, 2016).

Garrad e Bennet (1971), propuseram em 1971 a distinção de impedimento e de deficiência no qual o "conceito de perda funcional total é considerado como deficiência, enquanto a anormalidade anatômica ou estrutural é descrita como impedimento".

Esse modelo teórico influenciou a construção do International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), embora tenha sido uma estratégia de fuga desse modelo. Este documento afirma a deficiência como um desvio de normas considerando o desempenho dos sujeitos em oposição a algum mecanismo ou órgão biológico. A discussão sobre a temporalidade da deficiência foi motivo de discussão na ICIDH, em que esta poderia ser temporária ou permanente, reversível ou irreversível, e progressiva ou regressiva (WHO, 1980).

Na instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012, foi incorporada a noção de que a deficiência

não seria apenas permanente, permanecendo a proposta da ICIDH tendo em vista que a limitação da funcionalidade se expressa como uma realidade da vida cotidiana (BRASIL, 2012).

É interessante perceber que esse olhar medicalizado é feito de sujeitos que não possuem deficiência para as pessoas com deficiência, ou seja, o outro julga e afeta a realidade do outro. Contudo a experiência da pessoa com deficiência na sociedade é mais complexa, e em vários casos não necessita de interferência médica.

Diversas críticas são realizadas a este modelo por parte das pessoas com e sem deficiência, por desconsiderar os aspectos da vida de forma geral. Onde as pessoas vivem, o que fazem, como se relacionam com outras pessoas, acesso a políticas públicas. O foco desse modelo é no impedimento, aqui entendido como uma condição de saúde dos sujeitos, que pode ter natureza física, mental, intelectual, visual ou auditiva.

Nesse sentido, os sujeitos estão sujeitos a diversas condições de saúde que podem derivar do seu ambiente, estilo de vida, genética etc. Mas, o diferencial é que há uma lista de diagnósticos no Brasil de pessoas que são consideradas pessoas com deficiência, com base nos seus corpos “não normais”, e ao se ter um diagnóstico emitido em um laudo médico você, de forma ‘automática’, se torna uma pessoa com deficiência. O que dá um contraste com os demais modelos teóricos sobre deficiência e os entendimentos acadêmicos atuais sobre a deficiência enquanto um fenômeno social.

Destaca-se que esse modelo foi empregado de forma oficial pela OMS, sendo trazido de forma compulsória ao Brasil e adotado a visão biomédica para definir deficiência nas legislações brasileiras (BRASIL, 1993, 1999, 2004). Uma discussão aprofundada das legislações está descrita no Artigo 2 desta Tese.

Segundo Beaundry (2016), os países podem ter uma definição médica de deficiência como uma responsabilidade individual, mas assumiram a responsabilidade de "ajudar" com esse "problema" nas últimas décadas. Essa posição é o que ocorreu no Brasil, o que pode ser explicado pelo contexto social e político do processo de construção de um Estado de bem-estar social após muito tempo de Ditadura Militar, o entanto é um processo em construção até hoje.

O Modelo Biomédico é entendido como capacitista, por entender que os corpos com deficiência têm a premissa da incapacidade para viver suas vidas como quiserem (MELLO, 2016).

Deste modo, para esta autora, entende-se que para o Modelo Biomédico a deficiência é algo privado, um atributo ou característica do indivíduo, causada diretamente por doença, trauma ou outra condição de saúde, que requer algum tipo de intervenção de profissionais para curar, tratar ou reabilitar o “problema”.

3.1.2. Modelo Social

O Modelo Social é o contraste do Modelo Biomédico, ou seja, são modelos dicotômicos (BEAUDRY, 2019; KAFER, 2013; PALMER; HARLEY, 2012; SHAKESPEARE, 2013). Neste modelo, a definição da deficiência parte da relação com os sujeitos com o ambiente que os exclui de participar de forma plena. Esse Modelo foi criado a pelas pessoas com deficiência, iniciando entre o fim de 1960 e início dos anos 1970 (ALEKSANDRA BERG et al., 2016) (ALEKSANDRA BERG et al., 2016), que impulsionou a criação do campo de debate acadêmico internacional *Disability Studies* (DINIZ, 2007).

Segundo Oliver (1986) nos estudos sobre políticas sociais, a academia ignorou a deficiência por entenderem como uma tragédia pessoal. Desse modo, pessoas com deficiência passaram a se inserir nesse contexto político e acadêmico e discutir sobre as suas realidades. Uma das mais influentes no debate social da deficiência, precursora do campo de *Disability Studies*, foi a Liga dos Lesados Físicos contra Segregação (Upias). Essa organização política foi formada por e para pessoas com deficiência, em que indicavam que a deficiência era fruto de uma desvantagem social causada pela sua organização contemporânea, a qual os excluem da sociedade (DINIZ, 2007; UPIAS, 1976). A qual apresentou as seguintes definições:

Impairment (impedimento): falta de parte ou de todo um membro, ou de ter um membro defeituoso, organismo ou mecanismo do corpo

Disability (deficiência): a desvantagem ou restrição de atividade causada pela organização contemporânea que não leva em conta, ou faz pouco caso, pessoas que têm deficiências físicas e, portanto, as exclui da corrente principal das atividades sociais (UPIAS, 1976).

Esse movimento do Upias, foi o pontapé inicial para o Modelo Social da Deficiência entrar nas universidades e posteriormente pautar políticas públicas em diversos países, pois partia da concepção de que a deficiência não era um

impedimento biológico, mas advém da sociedade que oprimia as pessoas as impedindo de participar da vida cotidiana (ABBERLLEY, 1987).

A deficiência como opressão social deve reconhecer que existem desvantagens sociais, financeiras, ambientais e psicológicas às pessoas com deficiência e que isso tem origem social como um produto histórico (ABBERLLEY, 1987).

Segundo Oliver (1986) a deficiência "é a perda ou limitação das oportunidades de fazer parte da vida normal da comunidade em igualdade com os demais por questões barreiras físicas e sociais". Deste modo, a deficiência não era biológica, mas parte de uma sociedade que oprime as pessoas, impedindo-as de participar da vida cotidiana. Esse modelo exige o reconhecimento das desvantagens sociais, financeiras, ambientais e psicológicas para as pessoas com deficiência e que estas têm origem social como produto histórico (ABBERLLEY, 1987).

A sociedade é construída por e para pessoas sem deficiência, e as pessoas com deficiência são penalizadas com barreiras discriminatórias que os impedem de viver como os outros na sociedade, o que é reconhecido pelo Modelo Social.

Ao longo das décadas, esse modelo foi criticado por diversos pesquisadores, sendo um dos argumentos ser difícil avaliar e medir concretamente a opressão sofrida por uma pessoa com deficiência. No entanto, o Modelo Social foi importante na modificação acadêmica da pesquisa e na construção de políticas públicas de proteção social no Brasil. Para deslocar a deficiência como sinônimo de limitação corporal, é necessário criar um conjunto de ações realizadas por diversos setores das instituições governamentais com estratégias práticas, para reduzir a experiência de exclusão das pessoas com deficiência (SHAKESPEARE, 2014).

Nesse sentido, qualquer desvio da norma no sentido de impedimentos nas funções e estruturas do corpo é natural do ser humano, a sua existência não é suficiente para um efeito negativo na vida de uma pessoa. Entretanto, o mundo é construído pelo e para pessoas sem deficiência, em que as pessoas com deficiência são penalizadas com barreiras discriminatórias que impedem de ter uma vida como as demais pessoas na sociedade (BROWNLEE, KIMBERLEY; CURETON, 2009).

Para Shakespeare(2013), o modelo social da deficiência é simples, eficaz e memorável, sendo ferramenta de mudança social, tendo três áreas principais de alcance. Inicialmente ele é fácil de ser explicado para uma agenda de mudanças políticas. Em segundo lugar, ao identificar barreiras sociais, o modelo social se mostra

como uma ferramenta prática para a remoção destas e promoção da inclusão. Por último, esse modelo teve um efeito psicológico nas pessoas com deficiência na construção de uma identidade coletiva, evidenciando que a deficiência não é um fracasso individual. Contudo, o autor destaca que um dos principais problemas deste Modelo é não considerar as experiências que advém das condições de saúde em si, pois não há como negar que o impedimento influencia a experiência da deficiência, como por exemplo a dor que as pessoas sentem, como se relacionam de forma psicológica com as limitações físicas.

Outros pesquisadores debateram e debatem este modelo teórico de forma exaustiva (ADAM; KOUTSOKLENIS, 2023; BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010; BEAUDRY, 2016, 2019; DINIZ, 2003, 2007, 2013; KITTAY, 1999; MELLO, ; NUERNBERG, 2012; OLIVER, 2004, 2009a, 2009b; SAMAHA, 2007; SANTOS, 2015; SHAKESPEARE, 2013, 2014, 2017; SHAKESPEARE; WATSON, 2002). Na crítica feminista discutia a perspectiva construída deste modelo que não considerava outros modos de vida de pessoas com deficiência que não poderiam dispensar cuidados prolongados ou o processo de reabilitação(KITTAY, 1999; SHAKESPEARE, 2013).

A perspectiva feminista da deficiência permitiu politizar e revelar as condições da vida privadas desses indivíduos assim como de suas cuidadoras, que majoritariamente eram mulheres, a fim de que o *Disability Studies* abordassem a realidade de outros modos de vida (MELLO, ; NUERNBERG, 2012).

Shakespeare (SHAKESPEARE, 2013), faz a diferenciação entre o modelo biomédico e o social ao indicar que o primeiro trata a deficiência como um déficit individual, enquanto o segundo define deficiência como um construto social.

Outro problema discutido neste modelo é a capacidade de avaliar e mensurar a opressão sofrida pelas pessoas com deficiência, visto que existem outras dimensões sociais em que de mulheres, negros, grupos LGBTQI e indígenas, por exemplo, que também sofrem opressão social (MELLO, ; NUERNBERG, 2012). Além disso, um fator importante é a utopia da vida em sociedade sem barreiras, onde, por exemplo, mesmo com acessibilidade física em alguns lugares, as pessoas com mobilidade reduzida possivelmente não conseguiriam escalar o Monte Everest por não serem passíveis de modificação. Desta forma, a retirada de barreiras seria impossível, para além de trazer a invisibilidade do impedimento (SHAKESPEARE, 2014).

Contudo, o modelo social foi muito importante para modificar a forma de se pesquisar academicamente e de se construir as políticas públicas de proteção social.

Ao deslocar a deficiência da limitação corporal, se faz necessário criar um conjunto de ações intersetoriais com estratégias efetivas, a fim de diminuir-se a experiência da exclusão, que todas as pessoas com deficiência experimentam e se traduz como uma restrição social (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

Oliver (2004) indica que havia três principais pontos do Modelo Social da deficiência: (1) a mudança do foco as limitações funcionais dos indivíduos relacionado aos impedimentos, para os problemas causados pelos ambientes, barreiras e culturas que causam a deficiência; (2) a recusa de ver os problemas de inclusão de forma isolada da totalidade de ambientes que causam a deficiência; (3) o apoio ao modelo social não significa que as intervenções individuais na vida das pessoas com deficiência, sejam inúteis ou sempre contraproducentes, mas o foco devia ser em ações coletivas.

Para Pfeiffer (2002) há dois Modelos Sociais da Deficiência, um dos EUA e outro do Reino Unido, que muitos pesquisadores confundem e tratam como se houvesse apenas uma versão. Esses dois modelos e pelo menos outros sete são versões do paradigma da deficiência. No Modelo debatido e aplicado no Reino Unido, utiliza-se da versão marxista crip que afirma que a organização da sociedade produz discriminação vivenciada pelas pessoas com deficiência. Desta forma o que precisamos mudar é a organização social, para incluir as pessoas com deficiência. Os pesquisadores fazendo pesquisas com base no Modelo Social do Reino Unido analisarão as estruturas sociais e seu impacto em pessoas com deficiência.

A segunda versão do Modelo Social, segundo Pfeiffer (2002), é encontrada principalmente nos EUA, afirma que cumprir os modelos "normais" na sociedade ajuda a constituir a identidade de uma pessoa, pelo menos como vista pelos outros. Assim, a definição de deficiência é uma diferença inesperada que torna alguns papéis impossíveis ou, pelo menos, bastante difíceis de desempenhar e ao mudar essas expectativas de papel acabará com a discriminação baseada na deficiência. Os pesquisadores que usam o Modelo Social dos EUA analisarão os papéis sociais e as atitudes em relação ao fracasso em cumpri-los.

Embora pareçam que os dois Modelos Sociais estejam relacionados, na verdade são fenômenos distintos. Os defensores que usam o Modelo Social do Reino Unido trabalharão por mudanças nas estruturas sociais. Os defensores que usam o Modelo Social dos EUA buscarão atuar em atitudes e comportamentos. Novamente, essas duas coisas estão relacionadas, mas novamente são fenômenos distintos. Além

disso, pesquisadores e defensores que não estão familiarizados com as outras sete versões do paradigma da deficiência perderão uma quantidade considerável da experiência da deficiência (PFEIFFER, 2002).

Em entrevista, o pesquisador Oliver Barnes (DINIZ, 2013) indicou que pessoas com deficiência “são aquelas identificadas, de uma forma ou de outra, como social, biológica, intelectualmente inadequadas”. Segundo o pesquisador, todas as pessoas são suscetíveis a ter impedimentos, mas não necessariamente elas têm deficiência, pois esta é “imposta a elas por uma sociedade insensível”. Nessa entrevista realizada, discutiu-se sobre as nomenclaturas e formas de se definir uma pessoa com deficiência, em que Barnes indica:

Barnes: Se usamos a expressão – e eu sei que isso é problemático para além do Reino Unido – “pessoas com deficiência”, indicamos ser este um problema individual. Agora, se é dito “pessoas deficientes”, então “deficiente” significa deficiente. Mas a forma como se descreve que elas se tornaram deficientes está aberta à discussão. É possível dizer: “Bem, elas são deficientes por causa do impedimento”. Eu preferiria dizer: “Essas pessoas são deficientes por causa da sociedade”. Mas, voltando à questão sobre como definir uma pessoa deficiente, isso também é problemático, porque toda pessoa que quer ter acesso a benefícios sociais por deficiência tem de dizer quais são seus impedimentos. Eu não enxergo bem, posso ver apenas um sexto do que uma pessoa normal vê. É possível interpretar isso com um sentimento de piedade por mim, mas isso na verdade é explorar meu impedimento. Muitas pessoas diriam que isso é explicar minha deficiência. Eu rejeitaria esse argumento, diria que é explorar meu impedimento. E, caso se pense na expressão “pessoas deficientes”, então posso dizer que sou deficiente, seja pelo meu impedimento, seja pela sociedade. Se digo por causa do impedimento, então aceito pressupostos tradicionais negativos sobre a deficiência. Se digo que sou uma pessoa deficiente, tenho orgulho disso, porque sou deficiente por causa da sociedade e quero mudar a sociedade.

Fiz a ligação entre ser uma pessoa deficiente dependente e ser um ativista politizado. É uma identidade política e uma afirmação. É como a questão do black power: sou uma pessoa negra; tenho orgulho disso. Acontece o mesmo com a liberação gay – as pessoas podem falar sobre ser lésbica ou gay com orgulho agora. E, para muitas pessoas deficientes no Reino Unido, e ainda mais nos Estados Unidos, ser uma

pessoa deficiente consiste em adotar uma identidade deficiente politizada (DINIZ, 2013, p. 242).

Nesse sentido, Oliver (2009b), questiona o fato de que profissionais de saúde e outros pesquisadores usurpam o conceito de deficiência, retirando-o do controle da comunidade de deficiência que luta por reconhecimento, para o autor:

O modelo social não nega que algumas doenças trazem consequências incapacitantes. Nesse sentido, os médicos têm o papel de estabilizar qualquer condição, tratar doenças que surgem que podem estar relacionadas ou não com a deficiência. O problema surge quando o médico quer usar todos os seus conhecimentos para tratar a deficiência em vez da doença. A deficiência é um estado social de longo prazo que não é tratado medicamente e certamente não é curável (OLIVER, 2009b, p. 56).

Por fim, para esta autora, entende-se que para o Modelo Social a deficiência é criada pelo contexto social que não está adaptado à diversidade dos corpos dos sujeitos.

3.1.3. Modelo Biopsicossocial

Essa dicotomia entre modelos sociais e médicos têm um longo debate, por isso têm surgido outros modelos, sendo o mais relevante o Modelo Biopsicossocial. Esse modelo teórico se propõe a considerar as duas perspectivas conceituais, conciliando o biomédico (impedimentos nas funções e estruturas do corpo) e o social (razões sociais, políticas, culturais e de impacto) (SANTOS, 2018, 2016; WHO; OPAS, 2008). A distinção entre pessoa com deficiência e pessoa sem deficiência não é tão simples, pois questões culturais, sociais, biológicas e psicológicas devem ser consideradas de acordo com o modelo biopsicossocial (ENGEL, 1977).

Embora comumente seja atribuída a criação do modelo biopsicossocial ao médico George L. Engel, em 1977, Lugg (2022) faz o histórico da sua criação no ano de 1952 com Roy Grinker, onde é apresentada a primeira discussão enquanto uma perspectiva de ampliar a lógica de cuidado para além da doença. A primeira publicação sobre o Modelo Biopsicossocial foi em 1974, com o nome “*An Alternative: the bypsychosocial model*” por Mosey, uma Terapeuta Ocupacional (LUGG, 2022; MOSEY, 1974). Embora possa haver essa confusão de origens, George Engel fez

diversas publicações a partir de 1977, a fim de propor uma nova compreensão sobre a saúde pelas dimensões biológica, pessoal ou psicológica e social, em busca de humanizar os procedimentos médicos e a ciência clínica no processo de saúde-doença (ENGEL, 1977, 1980).

O Modelo Biopsicossocial da Saúde, proposto por Engel e outros autores, voltava-se ao campo da medicina de forma geral, mas se tornou dominante na clínica da psiquiatria. Nesse modelo original não há a exploração da natureza da interação entre os níveis o biológico, psicológico e social, tendo ainda a dificuldade de apresentar um modelo conceitual para testar a hipóteses de como esses aspectos se relacionam com as condições de saúde (VAN OUDENHOVE; CUYPERS, 2014).

O termo biopsicossocial se tornou um modelo no campo da deficiência em 1987, com o pesquisador Gordon Waddell, em que incrementou a proposta de Engel ao fazer a relação causal entre os níveis bio-psico-social, para além de apenas descrevê-los, para ele "a desordem física, a angústia e o comportamento de doença combinam-se para produzir a deficiência"(SHAKESPEARE; WATSON; ALGHAIB, 2017; WADDELL, 1978).

Posteriormente, Waddell e Aylward (2009) argumentaram que o modelo biopsicossocial é necessário, por entender que os modelos predominantes de deficiência não eram suficientes. Segundo os autores, o modelo biomédico reducionista; o modelo social da deficiência representa a perspectiva das pessoas com deficiência, que não está embasado em evidências científicas, tendo como insumo a experiência pessoal e nas opiniões das pessoas com deficiência, tendo como consequência a aceitação social e política consideráveis.

O Modelo Biopsicossocial foi incorporado a CIF, publicada pela OMS em 2001, pois oferece um esquema validado internacionalmente aceito para compreender a deficiência, unido os modelos social e biomédico (MADDEN; BUNDY, 2019; SHAKESPEARE, 2017; SHAKESPEARE; WATSON; ALGHAIB, 2017; WHO; OPAS, 2008). Para este modelo, as questões de reabilitação e medicalização não podem ser desprezadas, bem como as barreiras sociais de uma sociedade que oprime as pessoas com deficiência.

A CIF baseou-se no debate amplo do que é saúde, considerando os determinantes sociais e os impedimentos biológicos, mentais e psicológicos, trazendo a deficiência como resultado uma complexa relação de indivíduo e ambiente, traduzida em uma ferramenta capaz de avaliar situações de saúde globais em que as

peças são inseridas (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007; WHO; OPAS, 2008).

No Modelo Biopsicossocial há uma abordagem interacionista, no sentido de contemplar a interação entre os aspectos biológicos e o contexto social dos sujeitos, considerando os fatores individuais e ambientais, baseada na CIF. Nesse sentido, as categorias de fatores pessoais como gênero, sexualidade, raça, etnia e classe, por exemplo, podem ser determinantes na avaliação biopsicossocial da deficiência, tendo assim a caracterização enquanto “pessoa com deficiência” para políticas sociais (MELLO; AYDOS; SCHUCH, 2022).

Dois documentos oficiais são importantes para entender a inclusão do Modelo Biopsicossocial na legislação brasileira, a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) ratificada no Brasil em 2009 e a LBI (ALMEIDA; CALDEIRA; GOMES, 2022; BRASIL, 2009, 2015; MORAIS, 2023). Por ter sido incorporado pela CDPD, este modelo também pode ser chamado por alguns autores de Modelo de Direitos Humanos (BEAUDRY, 2016).

Há críticas a esse modelo, assim como os demais, embora consiga compreender a complexidade do fenômeno da deficiência, ele é empregado pelos governos de forma reducionista para identificar os critérios para caracterização da deficiência. Como consequência, se não houver atendimento de determinados critérios sem flexibilidade, os pedidos de acesso podem ser negados por razões que parecem formalistas, arbitrárias ou substancialmente equivocadas (BEAUDRY, 2019).

Destaca-se que embora a experiência da deficiência seja particular e o fenômeno da deficiência universal, há frequente exclusão social (BANKS; KUPER; POLACK, 2017; KUPER; HEYDT, 2019; MAIOR, 2009), desta forma há uma interação entre indivíduo e ambiente.

Para Beaudry (2019), este modelo é misto por incorporar os modelos social e biomédico, sendo do tipo mais influente por: oferecer o estabelecimento de uma relação entre a expertise médica e os ativistas críticos; conseguir estabelecer de forma eficiente uma plataforma legal e política; ser mais descritiva das situações da vida comparada aos modelos biomédico e social; possui uma perspectiva holística das experiências que fazem justiça às definições sobre deficiência; a sensação de que é um modelo que auxilia mais que atrapalha; e, possui critérios qualificáveis que podem ser utilizados de forma útil para conceder ou restringir direitos.

Deste modo, para o modelo biopsicossocial o conceito de deficiência pode ser entendido como o “resultado das interações de fatores individuais e contextuais, que incluem impedimentos, personalidade, atitudes individuais, ambiente, política e cultura” (SHAKESPEARE, 2014, p. 77).

Ademais, para esta autora, entende-se que para o Modelo Biopsicossocial a deficiência é entendida como restrição de participação, a partir da interação multifatorial de impedimentos biológicos, fatores pessoais e sociais.

3.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A CIF foi um marcador importante do modelo biopsicossocial, pois evoluiu da classificação anterior para integrar em uma avaliação os “componentes da saúde” (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). A partir dessa Classificação o termo “funcionalidade” passa por uma extensão, questões físicas e biológicas ao incorporar noções de atividade e participação social (RIOS; PEREIRA; MEINERZ, 2019).

Esta classificação foi construída após um intenso debate sobre a International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), que entendia a deficiência sob o carácter biomédico de anormalidade corporal, em que as categorias de análise correspondiam a consequências das doenças (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007). A criação da ICIDH partiu da necessidade de capturar a situação de saúde das populações, para além da CID, tendo a publicação dessa classificação em 1980 pela OMS, começando a ver para além do modelo biomédico (ÜSTÜN et al., 2003). No campo do movimento das pessoas com deficiência a ICIDH perpetuava o conceito que deficiência era sinónimo de incapacidade, impedimentos ou falta de funcionalidade, ou seja, um problema individual que precisava da medicina para se adequar ao conceito de “normalidade”(HURST, 2003).

O processo de revisão da ICIDH para a CIF contou com a participação de centros de colaboração da OMS, organizações governamentais e não governamentais, incluindo grupos que representam pessoas com deficiência, com estudos de campo sistemáticos e consultas internacionais. As pessoas com deficiência estavam no processo de revisão desde o início, entretanto sem os recursos financeiros de outros especialistas ou centros de colaboração da OMS, tendo esse

posicionamento ser alterados posteriormente, quando a própria OMS entendeu que a deficiência era uma questão de direitos humanos(HURST, 2003).

Embora seu traço marcante no modelo biomédico, a ICIDH já apontava para a necessidade de enfatizar a importância do meio ambiente, juntamente com o papel e a interação de características individuais e fatores físicos e sociais para avaliação de funcionalidade dos indivíduos(WHO, 1980).

Nessa esteira, os especialistas entendiam que a dimensão ambiental precisava ser introduzida de forma significativa nessa nova Classificação, embora o “como” continuasse a ser uma incógnita. Assim, em 1998 o Centro de Controle de Doenças (CDC) nos EUA, financiou uma Força-Tarefa Ambiental (ETF) com o objetivo de produzir os fatores do contexto ambiental, para que pudesse ser utilizado em conjunto com as outras dimensões. O Comitê Executivo do ETF tinha a maioria dos especialistas com deficiência. Essa Força Tarefa, entendeu que os principais problemas para as pessoas com deficiência são sociais: pobreza, falta de assistência pessoal e técnica, desemprego e atitudes (HURST, 2003).

Deste modo, a CIF foi apresentada internacionalmente como a integração dos modelos social e biomédico, onde a deficiência é um termo genérico que abrange os impedimentos, limitação de atividades e restrição de participação, com a forte inclusão dos fatores ambientais(BERNARDES, 2016).

Esta classificação é dividida em dois componentes, o de estruturas e funções do corpo e atividades e participação, sendo a funcionalidade o termo que engloba esses dois componentes. A CIF é utilizada como ferramenta para diversos fins, como

A CIF não classifica as pessoas, mas descreve a situação de cada pessoa por meio dos domínios e relacionados à saúde. As classificações como ferramentas estatísticas precisam de estabilidade, principalmente para que seja internacionalmente aceita e utilizada, a fim de gerar um equilíbrio entre refletir o conhecimento contemporâneo e a continuidade para as estatísticas longitudinais, para ser aplicado em várias áreas de investigação em saúde (HAMMEL et al., 2008; WHO, 2002).

Portanto, a funcionalidade advém de um processo interativo e evolutivo de forma multidimensional, conforme pode ser visto na Figura 1 que descreve interação de vários componentes que se influenciam em um processo dinâmico(WHO; OPAS, 2008).

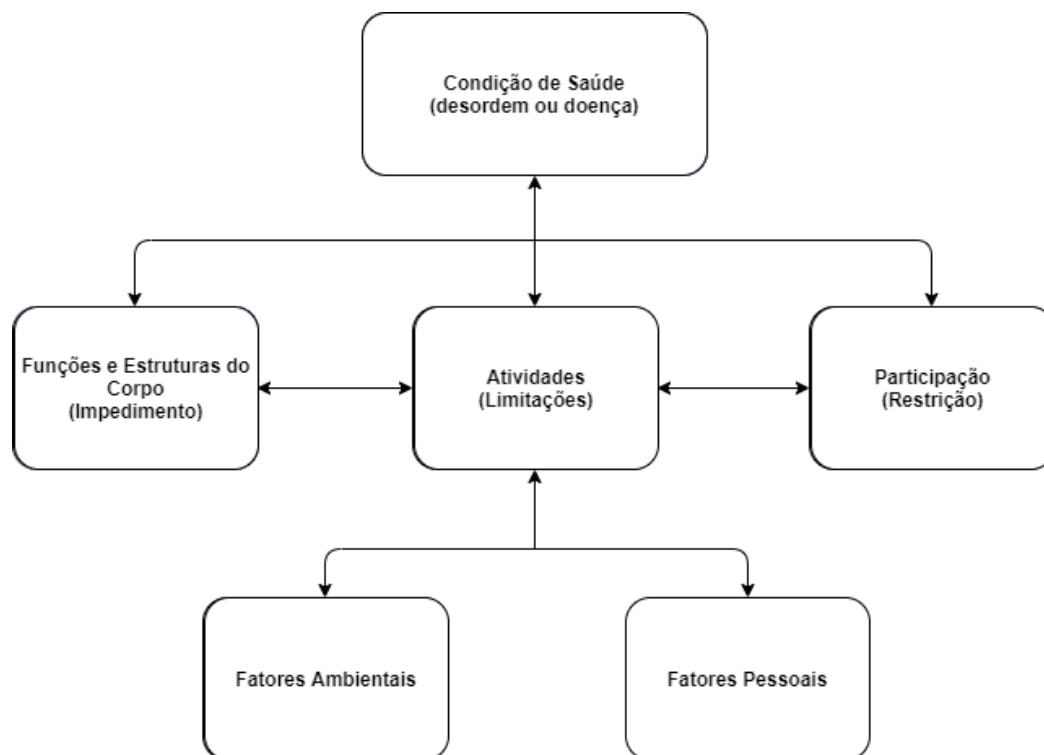


Figura 1. Interações entre os componentes da CIF adaptado.

Fonte: Mitra & Shakespeare, 2019.

Mitra e Shakespeare (2019) indicam que está em um momento de revisar a CIF, pois no modelo interacional apresentado na Figura 1 a condição de saúde não está tocando os fatores ambientais e pessoais (denominados como fatores contextuais pela CIF), colocando as condições em saúde no mesmo nível que estruturas do corpo, atividades e participação. Se a figura tocasse os outros itens ficaria claro a influência que esses fatores causam em todos os aspectos da vida.

Para Castro et al (2019) a perspectiva biopsicossocial da funcionalidade é difícil de visualizar pela Figura 1, sendo proposto um modelo circular em 3D onde todos os itens influenciam a funcionalidade e que um modelo visual diferente pode melhorar a compreensão desse modelo. Ademais, os autores colocam que todos os componentes são igualmente importantes, é que são dinâmicos e que em qualquer momento da vida os eixos podem ser alterados.

Assim, seguindo uma nova proposta de desenho de funcionalidade da CIF os fatores contextuais seriam claramente incluídos. Ao adotar um modelo de rotação dinâmica, a cada momento da vida dos indivíduos algum aspecto pode estar em mais evidência que o outro(CASTRO et al., 2019).

Shakespeare (2013) argumenta que qualquer pesquisador que utilize a abordagem qualitativa na área da deficiência consegue perceber claramente o impacto das barreiras ambientais no cotidiano, não sendo possível operacionalizar um mundo sem barreiras na prática.

A CIF propõe um modelo funcional que aborda as relações entre condições de saúde e fatores contextuais e recomenda que o indivíduo seja analisado nos seguintes domínios: função e estrutura, atividade, participação e fatores ambientais e pessoais. A CIF fornece uma linguagem padrão e base conceitual para a definição e mensuração da deficiência, além de fornecer classificações e códigos. Integra os grandes modelos de deficiência - o modelo médico e o modelo social - como uma "síntese biopsicossocial". Reconhece o papel dos fatores ambientais na criação de deficiência, bem como o papel das condições de saúde (ÜSTÜN et al., 2003).

No Brasil, o uso da CIF ainda é insipiente de acordo com a pesquisa realizada com profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em Minas Gerais (PERNAMBUCO; LANA; POLESE, 2018). Em complemento, Castaneda e colaboradores (2020) relatam suas experiências com a utilização da CIF nas capacitações e utilização em serviços de saúde, em que embora os profissionais de saúde admirem a CIF eles não utilizam no seu dia a dia.

Necessário fazer o destaque que a tradução da CIF para o português ocorreu apenas em 2008 que pode ter influenciado essa baixa utilização (WHO; OPAS, 2008). Ao longo dos anos, verificou-se que há diferenças conceituais e de tradução importantes nessa versão, que ainda gera debates acadêmicos por exemplo, a tradução de "*disability*" para incapacidade, quanto deveria ser deficiência quando se compara a literatura internacional.

Em 20 anos de existência a CIF, percebeu-se que o uso atendeu ao interesse a que lidam com funcionalidade e deficiência em nível nacional, por ser capaz de capturar a funcionalidade em grandes populações como nenhum outro instrumento. O grande ganho dela foi mudar o paradigma de como a deficiência é percebida e abordada segundo Leonardi e colaboradores (2022) .

Oliver (2004, 2009a) e Barnes (DINIZ, 2013) são dois criadores do Modelo Social da Deficiência e grande críticos do modelo biopsicossocial da CIF, para eles enquanto a OMS propõe esse modelo de forma objetiva para que se possa ser utilizada em campos acadêmicos, políticos e administrativos para explicar o fenômeno da deficiência, esse modelo volta-se a priorizar impedimento, o aspecto biológico das

peças para curar os impedimentos e erradicar as peças com deficiência. Com essa priorização do biológico, os governos internacionalmente focaram de forma individual nas peças em que vez de tornar a sociedade mais inclusiva nos aspectos políticos e sociais.

Para Palmer e Harley (2012) a CIF é “menos um modelo conceitual do que uma classificação de estados de saúde com uma gama de influências teóricas”. Segundo os autores, é reconhecido internacionalmente que a CIF promove um afastamento do Modelo Biomédico da deficiência, no entanto, a permanece a definição de impedimento dentro do conceito como “uma perda ou anormalidade na estrutura corporal ou função fisiológica” (WHO; OPAS, 2008). Portanto, a lógica da anormalidade que pode ser curada permanece segundo os autores.

Apesar das críticas quanto a dinâmica e as interações e a CIF de forma geral, esta é utilizada mundialmente utilizada para classificar estados de saúde e deficiência, sendo base para inquéritos e censos populacionais para avaliação da deficiência (CASTRO et al., 2016; MADANS; LOEB; ALTMAN, 2011). Os próximos tópicos detalham seus componentes, tendo como referência a CIF disponível em inglês no sítio eletrônico da OMS, que anualmente é atualizada.

3.3. Participação

A CDPD trouxe a participação social das peças com deficiência como um direito primário, tendo grande influência de fatores contextuais para que possam exercer desse direito em igualdade de oportunidades com as demais peças. Mudou-se o conceito de deficiência para “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 peças”(BRASIL, 2009).

Para a CIF a participação “é envolvimento em uma situação de vida” e “as restrições de participação são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento em situações da vida”(WHO, 2024).

Dijkers (2010) faz um overview sobre a conceituação e medida do conceito de participação em que detalha que não há consenso sobre a definição de “participação”, e que não seria um problema, se não fosse um objeto de avaliação. Para o autor, o conceito previsto na CIF não auxilia a compreender pois precisaria de um qualificador

de performance para que possa operacionalizar o conceito. Segundo o autor, todas as pessoas passam por problemas na vida não sendo uma experiência específica o suficiente.

Em estudo qualitativo com pessoas com deficiência Hammel e colaboradores (2008) identificaram que a participação era vista como um direito e uma responsabilidade, influenciada e atribuída à pessoa e à sociedade. A participação foi definida como um processo multifacetado que envolve a interação dos fatores ambientais, sociais, culturais e políticos. As pessoas com deficiência expressaram o desejo de moldar e contribuir para a sociedade, tendo uma rede de suporte, com base no direito de acesso, oportunidade, respeito e inclusão. Ademais, os participantes entendiam a participação como uma responsabilidade pessoal e social que exigia determinação, defesa e empoderamento.

3.4. Atividades

Enquanto a definição de Participação pareça ser mais complexa, a definição de Atividades pela CIF se apresenta de forma concreta como “a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo” e a “limitações de atividades são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades”(WHO, 2024).

Considerando os conceitos de Atividades e Participação, pode parecer confusa suas influências dentro dos componentes, mas segundo Dijkers (2010), há uma relação causal entre elas, que são suscetíveis de dar origem a Restrições de Participação específicas. Ainda, o autor relata que há tão pouca diferenciação dentro e entre os impedimentos, limitações funcionais, limitações de atividade e restrições de participação que é quase impossível criar uma taxonomia simples em que a primeira ramificação seja uma diferenciação entre eles.

No estudo de Hammel e colaboradores (2008), reiteram a ambiguidade conceitual entre atividade e participação o que torna difícil distinguir e operacionalizar a avaliação desses conceitos de forma separada, e ao mesmo tempo ao ter essa sobreposição torna difícil ter instrumentos separados.

3.5. Estrutura e Funções do Corpo (impedimentos)

Na tradução brasileira da CIF feita pela Universidade de São Paulo, publicada em 2008, a palavra “*impairments*” está como incapacidade (WHO; OPAS, 2008), entretanto na Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada em 2009, o termo foi traduzido como “impedimento”. Ademais, Mitra e Shakespeare (2019) seguem o mesmo entendimento da Convenção em seu artigo que sugere alterações conceituais na CIF.

De acordo com a versão em inglês disponível online da CIF, este item se divide em dois: funções do corpo e estruturas do corpo (WHO, 2024).

Inclui-se na definição de funções do corpo as funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo as funções psicológicas). Os impedimentos se relacionam com os problemas identificados em alguma função ou estrutura do corpo, ou mente, como um desvio ou perda significativa (WHO, 2024).

Enquanto na estrutura do corpo: as partes anatômicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes. Os impedimentos são problemas na função ou estrutura do corpo como um desvio ou perda significativa (WHO, 2024).

Considerando os modelos teóricos apresentados, esse componente da CIF está relacionado ao Modelo Biomédico de forma intrínseca, pois há a comparação do normal e não-normal, com qualificadores de negativos em uma escala.

Goldiner (2022) traz que há um debate internacional sobre se o impedimento é uma propriedade natural ou socialmente construída. De um lado, ao entender como propriedade natural, tem-se que esse corpo não desempenha sua função normal de espécie. Do outro lado, ao ser socialmente construído é a consequência das ações das pessoas, seja no sentido de que a classificação de certas condições como a deficiência resulta, pelo menos em parte, de distinções sociais. Essas percepções não são simétricas, pois se é uma propriedade natural, a deficiência não deveria restringir participação, pois há desvios da função normal da espécie que não limitam a participação. Mas, ao contrário disso, se o impedimento se baseia em distinções ou ações sociais, não se segue que as condições categorizadas como impedimentos não inibam a participação social das pessoas.

As condições de saúde podem levar aos impedimentos nos sujeitos, mas os fatores contextuais podem influenciar o aparecimento de condições de saúde. Nesse sentido, o modelo multidimensional da CIF se adequaria para entender o fenômeno da deficiência.

3.6. Os Fatores Contextuais

Os Fatores Contextuais influenciam a realização de atividade e conseqüentemente a participação social, para qualquer indivíduo, como por exemplo, ter dinheiro (fator pessoal) para a aquisição de um aparelho auditivo (fator ambiental)(WHO; OPAS, 2008). Esse papel deve ser considerado quando se pensa em ações políticas ambientais, sociais e econômicas, bem como incluir as características culturais dos sujeitos e suas condições de saúde (SHAKESPEARE, 2014).

Seguindo o modelo de funcionalidade proposto pela CIF, possíveis determinantes da saúde ou fatores de risco são incorporados ao se pensar os componentes da vida, incluindo os fatores ambientais que descreve o contexto em que o indivíduo vive. De tal modo, os fatores contextuais são importantes para descrever o histórico dos indivíduos e seus estilos de vida(WHO; OPAS, 2008).

Os fatores contextuais são divididos na CIF em fatores pessoais e fatores ambientais. Destaca-se que embora a CIF descreve de forma abrangente os fatores ambientais de forma sequencial, os pessoais não foram objeto de classificação pela justificativa de possuírem grande variação social e cultural associadas (ATHAYDE; MANCUZO; CORRÊA, 2017).

Definindo com o contorno sintético, a diferença entre fatores ambientais e pessoais, é sua origem, os fatores ambientais são externos aos indivíduos e pessoais internos. Além disso, os Fatores Ambientais permitem uma compreensão de como o contexto em que os indivíduos vivem pode afetar sua saúde, enquanto os Fatores Pessoais podem ser usados para explicar como as características individuais são únicas e podem contribuir para a saúde(JACOB; COX, 2017).

No artigo de Jacob & Cox (2017), foram utilizados os Fatores Contextuais da CIF para avaliar a funcionalidade de indivíduos transgêneros. Neste trabalho os parâmetros para fatores ambientais proeminentes foram a família e relações sociais, educação e sistema de saúde, enquanto para os fatores pessoais foram utilizados os parâmetros de status socioeconômico, raça e idade. Os autores concluíram que os Fatores Contextuais permitem uma compreensão das relações intersetoriais que existem dentro (e entre) as características pessoais dos indivíduos transgêneros e dos ambientes adjacentes.

Dentro do modelo biopsicossocial há o reconhecimento sobre a interação entre os fatores contextuais nas experiências de saúde e participação das pessoas. No entanto, verifica-se que há uma distinção de avaliação entre a pessoa e seu ambiente de acordo com a CIF, o que tem gerado críticas pois para avaliar a participação esses fatores se sobrepõem na prática da vida (HAMMEL et al., 2008).

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência(WHO; WORLD BANK, 2011), é importante incluir os fatores contextuais para ter o quadro completo da deficiência e da funcionalidade, pois sem elas é difícil determinar o escopo da deficiência. O relatório ainda indica que pessoas com o mesmo impedimento podem enfrentar tipos e graus de restrição muito diferentes, dependendo do contexto. As barreiras para a participação podem divergir consideravelmente entre países e comunidades.

Um olhar essencial para os fatores contextuais é o das próprias pessoas com deficiência, pois a partir daí podemos pensar estratégias para a diminuição de barreiras ambientais ou pessoais.

3.6.1. Fatores Pessoais

Os fatores pessoais são aqueles relacionados ao indivíduo, não classificados atualmente na CIF. Segundo a versão brasileira(WHO; OPAS, 2008), nestes fatores pessoais são incluídos:

histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características do indivíduo que não são parte de uma condição de saúde ou de estados de saúde. Esses fatores podem incluir o **sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, criação, formas de enfrentamento, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência prévia e atual** (eventos prévios e atuais da vida), padrão geral de comportamento e caráter, qualidades psicológicas individuais e outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível (*grifo nosso*) (WHO; OPAS, 2008, p. 29).

Os Fatores Pessoais representam variáveis que influenciam a funcionalidade e por consequência a participação social, por exemplo, não conseguir emprego por falta de instrução profissional em vez de não estudar por dificuldades de funcionalidade ou problemas no ambiente. Estes fatores não foram classificados na

CIF atualmente, por apresentarem uma grande variação social e cultural entre países (WHO, 2024). Segundo a OMS, há ainda uma falta de clareza do escopo desses fatores para serem incorporados na CIF, pois essa classificação foi construída para descrever a funcionalidade, saúde e deficiência. Alguns dos aspectos citados possuem variações extremas e dependência contextual (WHO, 2002).

Geyh e colaboradores (2011), em sua revisão sistemática sobre os fatores pessoais, trouxe a necessidade de estabelecimento de um padrão ou classificação por parte da CIF, considerando-os significativos no seu impacto na funcionalidade e deficiência. Há estudos que propõem um tipo de classificação que busca fornecer uma descrição de um campo particular para auxiliar na redução das complexas informações, definir conceitos, a fim de permitir distinções e comparações entre eles e esclarecer suas relações (GEYH et al., 2019; GROTKAMP et al., 2020; MÜLLER; GEYH, 2015).

Percebe-se que os fatores pessoais podem potencializar positivamente ou negativamente as barreiras ambientais enfrentadas pelas pessoas com deficiência, como o gênero e classe social. Por exemplo, se você possui uma renda mais alta com maior escolaridade, possivelmente terá acesso a produtos e tecnologias que lhe permitam participar das atividades cotidianas. Neste exemplo, temos o fator pessoal (renda ou escolaridade), uma possível barreira (acesso a produtos e tecnologia), atividade a ser desenvolvida, todos eles em conjunto nos falam sobre como a administração deve atuar de forma em conjunto. Não basta fornecer um produto e tecnologia exclusivamente, pois o fator pessoal ainda influencia a participação do indivíduo e seu desempenho de funções previstas na avaliação da deficiência.

Ademais, o papel dos fatores contextuais ganhou destaque nos últimos anos considerando que o Modelo Biopsicossocial proposto pela CIF, contribuiu ao melhor entendimento do caráter multifatorial. Ao mesmo tempo, reconhece que a deficiência é experimentada de forma diferente pelas pessoas com a mesma condição de saúde sob a influência de fatores pessoais e ambientais (CIEZA et al., 2018; MITRA; SHAKESPEARE, 2019). As condições em saúde são influenciadas por e, por sua vez, influenciam os fatores pessoais e ambientais. Percebe-se que o quesito socioeconômico é central para entender o surgimento de algumas condições de saúde, assim como a restrição à participação (MITRA; SHAKESPEARE, 2019).

Ressalta-se que a ausência de categorias padronizadas para os fatores pessoais limita a análise completa da funcionalidade humana, além de que poderiam

ser utilizados para auxiliar na identificação de fatores de risco (MÜLLER; GEYH, 2015). A exemplo disso, ao articular gênero com outras variáveis, há a produção de diferentes experiências de vida, os quais podem reforçar sistemas opressivos para o aumento de desigualdades e aumentar a vulnerabilidade individual e coletiva (GARLAND-THOMSON, 2002; MELLO, ; NUERNBERG, 2012).

Segundo Grotkamp (2020), os "fatores pessoais não classificam uma pessoa", em vez disso, são fatores relevantes que afetam a funcionalidade das pessoas caso a caso. Os autores exemplificaram, um caso em que se foca no grau de instrução educacional adquirido, mas sem analisar todo o processo educacional. Além disso, quando se realiza uma avaliação por instrumentos baseados na CIF, avalia-se o presente, focando em condições de longa duração, descartando as flutuações emocionais de curto prazo.

Smith e colaboradores (2016) indicaram em um estudo com pessoas usuárias de cadeiras de rodas, que o nível de escolaridade era o fator pessoal que mais afetou a participação social, que por consequência influenciou o acesso ao emprego.

Barreto, Araújo e Castro (2022) identificaram resultados semelhantes em seu estudo em que pessoas do gênero masculino, não brancas, com menor escolaridade, solteiros e sem trabalho remunerado possuem a maior prevalência de deficiência física adquirida no Brasil.

Em uma revisão de escopo sobre a empregabilidade de pessoas com deficiência em países em desenvolvimento, Morwane, Dada e Bornman (2021) encontraram que são facilitadores do acesso ao mercado de trabalho ter boas habilidades interpessoais, alto nível de escolaridade e ser do sexo masculino. Wolffe, Ajuwon e Kelly (2013) corroboram os achados voltados para as pessoas com deficiência visual na Nigéria, em que as pessoas casadas trabalhavam mais horas, tinham menos dificuldade de acesso a oportunidades de aprendizagem e emprego, e ganhavam mais do que as solteiras.

Segundo Shakespeare (2017) a deficiência é multifatorial, pois há o nível individual, em que há um impedimento corporal ou mental que você se relaciona, junto com a sua própria personalidade, questões psicológicas e emocionais, crenças sobre suas potencialidades e expectativas. Em um segundo nível há a sociedade e todos os fatores externos que se relacionam com os individuais. Esses dois níveis são fatores combinados para produzir uma experiência da deficiência de forma única, em determinado local, em determinado ponto da história.

Schwab e colaboradores (2022) argumenta que embora as variáveis individuais sejam claramente importantes para as pessoas com deficiência, há uma lacuna de conhecimento relacionada a como os fatores pessoais interagem com os fatores ambientais na conformação das condições contextuais que, segundo a CIF, são críticas para explicar a funcionalidade.

Os autores em seu artigo exploraram como um modelo filosófico “Modelo Ecológico-Enativo da Deficiência” poderia elucidar o papel dos fatores pessoais na deficiência e funcionalidade para a reabilitação. Nesse novo modelo, a deficiência é explicada nos termos da experiência não no aspecto pessoal, mas na interseção entre os vários contextos que se está. Deste modo, os construtos explicitam a conexão entre os fatores pessoais e ambientais do contexto que moldam a funcionalidade e deficiência. Para os autores, é a partir dessa interação que surgem as oportunidades de ação, o que pode criar ou impedir momentos de participação social, descritos pelos autores como "eu-posso" ou "eu-não posso". Por exemplo, um fator tido como pessoal, o gênero, tem uma representação no mundo e, a partir disso, as pessoas interagem de acordo com sua concepção de gênero, que conseqüentemente se molda para atender as expectativas da sociedade. Nessa interrelação, há uma combinação de estratégias e atitudes pessoais de enfrentamento, que impactam a participação social de um indivíduo com deficiência(SCHWAB et al., 2022).

Em complemento, o Modelo Ecológico-Enativo ajuda a dar sentido às interações proposto no modelo da CIF, em vez de avaliar cada nível individualmente. Nessa proposta os fatores pessoais se cruzam e se entrelaçam com todos os componentes da CIF, em vez de serem avaliados de forma independente e isolada sobre os desfechos de interesse (por exemplo, impacto do nível socioeconômico nos desfechos de saúde) (SCHWAB et al., 2022).

3.6.2. Fatores Ambientais

Os fatores ambientais descrevem o contexto em que o indivíduo vive, considerando os aspectos físico, social e de atitude no qual as pessoas conduzem sua vida, devendo interagir com as Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação(WHO; OPAS, 2008). Os fatores ambientais estão detalhados na CIF em dois níveis:

Individual – no ambiente imediato do indivíduo, englobando espaços como o domicílio, o local de trabalho e a escola. Este nível inclui as características físicas e materiais do ambiente em que o indivíduo se encontra, bem como o contato direto com outros indivíduos, tais como, família, conhecidos, colegas e estranhos.

Social – estruturas sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que têm um impacto sobre os indivíduos. Este nível inclui organizações e serviços relacionados com o trabalho, com atividades na comunidade, com organismos governamentais, serviços de comunicação e de transporte e redes sociais informais, bem como, leis, regulamentos, regras formais e informais, atitudes e ideologias(WHO; OPAS, 2008, p. 28).

Os Fatores Ambientais podem ser facilitadores ou barreiras e são conceituados como aqueles externos aos indivíduos, classificados pela CIF em cinco categorias: produtos e tecnologias; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano; apoio e relacionamentos; atitudes; serviços, sistemas e políticas(WHO, 2024). Tendo em vista a importância das definições e aplicação desses conceitos nesta tese, são transcritos estes cinco tipos de acordo com a versão em português da CIF(WHO; OPAS, 2008):

Produtos e tecnologia - qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente projetado para melhorar a funcionalidade de uma pessoa(WHO; OPAS, 2008, p. 201);

Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano - elementos animados e inanimados do ambiente natural ou físico e dos componentes desse ambiente que foram modificados pelas pessoas, bem como das características das populações humanas desse ambiente(WHO; OPAS, 2008, p. 211);

Apoio e relacionamentos - pessoas ou animais que fornecem apoio físico ou emocional prático, educação, proteção e assistência, e de relacionamentos com outras pessoas, na casa, local de trabalho, escola ou em brincadeiras ou em outros aspectos das suas atividades diárias(WHO; OPAS, 2008, p. 217);

Atitudes - atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças fatuais e religiosas. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os

níveis, dos relacionamentos interpessoais e associações comunitárias às estruturas políticas, econômicas e legais(WHO; OPAS, 2008, p. 2020);

Serviços, sistemas e políticas -

1. Serviços que representam a provisão de benefícios, programas estruturados e operações, em vários setores da sociedade, desenhados para satisfazer as necessidades dos indivíduos (incluindo as pessoas que prestam esses serviços). Esses serviços podem ser públicos, privados ou voluntários, estabelecidos em nível local, comunitário, regional, municipal, estadual, nacional ou internacional por parte dos empregadores, associações, organizações, agências ou governos. Os bens proporcionados por esses serviços podem ser tanto gerais como adaptados e especialmente projetados.

2. Sistemas que representam o controle administrativo e mecanismos de organização e são estabelecidos por autoridades governamentais ou outras reconhecidas, de nível local, regional, nacional e internacional. Esses sistemas estão programados para organizar, controlar e supervisionar serviços que proporcionam benefícios, os programas estruturados e em funcionamento em vários setores da sociedade.

3. Políticas que representam as normas, regulamentos e convenções e padrões estabelecidos por governos e outras autoridades reconhecidas, de nível local, regional, nacional e internacional. Essas políticas regem ou regulam os sistemas que organizam, controlam e supervisionam os serviços, programas estruturados e em funcionamento em vários setores da sociedade (WHO; OPAS, 2008, p. 2023) .

A ausência ou a presença de algum fator ambiental auxilia a funcionalidade. Por exemplo, a *ausência* de estigma no mercado de trabalho ou a *presença* de um ambiente acessível com adaptação razoável em um posto de trabalho. Para a avaliação desses fatores no contexto da CIF, um primeiro qualificador indica a extensão dos efeitos positivos ou negativos do ambiente em que os indivíduos vivem, sendo desdobrados em cinco tipos.

Segundo Hammel e colaboradores (2008) em grupos focais com pessoas com deficiência identificaram o profundo impacto dos Fatores Ambientais sobre a participação. Tais fatores influenciam a possibilidade de escolha e controle destes sujeitos, oscilando entre a emancipação e a privação de direitos.

Há diversos tipos de instrumentos que avaliam os fatores ambientais e sua relação com a participação. A exemplo disso há o *Craig Hospital Inventory of Environmental Factors* (CHIEF)(FURTADO et al., 2014) e *Measure of the Quality of the*

Environment (MQE) (FARIA-FORTINI et al., 2016) já validados para o Brasil. Diversas técnicas de coleta de informação para a avaliação e mensuração dos fatores ambientais são usadas em pesquisas, incluindo entrevistas e questionários, listas de verificação, análises de conteúdo de descrições de textos, grupos focais, entre outros (REINHARDT et al., 2011).

Dutra e colaboradores (2016) analisaram a estrutura de funcionalidade da CIF a partir de instrumentos distintos, como World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), Medida de Independência Funcional (MIF), Participation Scale, CHIEF, e um protocolo elaborado pela equipe para reunir informações sobre estrutura e função corporal e fatores pessoais. No estudo identificou-se que os fatores ambientais são expressos como barreiras e aumentam a perda de funcionalidade. No entanto, com a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde e à reabilitação, bem como os facilitadores ambientais, como o Apoio e Relacionamento com a família e amigos, há um aumento dessa funcionalidade

Destaca-se que a própria CIF indica que em alguns casos os “conjuntos diversos de fatores ambientais podem ser resumidos utilizando-se um só termo, como pobreza, desenvolvimento, meio rural ou urbano ou capital social, contudo esses termos de resumo não estão na classificação”(WHO; OPAS, 2008).

No artigo de Jacob e Cox (2017) um fator importante ambiental é de Apoio e Relacionamentos, pois tudo começa e termina com as ações de familiares. Destaca-se que por décadas, entendeu-se a deficiência como uma tragédia familiar, portanto cabia exclusivamente à família cuidar dos indivíduos (MAIOR, 2009). Dessa forma, a restrição de participação permeia de forma importante os laços familiares.

Em relação às famílias temos a discussão sobre a autonomia destes indivíduos com deficiência. Esses podem ser facilitadores ou barreiras dentro do âmbito de fatores ambientais. Quando atuam como barreiras, não consideram a capacidade das pessoas com deficiência de valorar, raciocinar, resistir a impulsos, ser capaz de colocar em prática os seus planos e etc. (FRANCIS, 2015).

Segundo Magasi e colaboradores (2015), considerando os modelos de saúde construídos há um crescente interesse no papel desempenhado pelos fatores ambientais, sociais e econômicos construídos e sua representação como facilitadores ou limitadores de saúde. Os autores criticam a CIF, pois embora apresente conceituações importantes considerando o modelo biopsicossocial, esta falha em

descrever e investigar as maneiras pelas quais os fatores ambientais influenciam a participação de pessoas com deficiência.

Os autores discutem que as barreiras não possuem o mesmo impacto sobre a vida cotidiana, e que a CIF e a maioria dos instrumentos que se propõem a avaliar esses fatores, se contêm em indicar barreiras ou facilitadores e que esta conceituação não é suficiente. Ademais, não está claro se as barreiras ambientais são somativas ou se uma barreira cria um "*deal breaker*" para a participação, em relação as demais. A CIF e a maioria das medidas de fatores ambientais utilizadas nas pesquisas sobre deficiência e reabilitação categorizam aspectos do ambiente como barreiras ou facilitadores para atividades e participação. Essa conceituação não vai longe o suficiente para refletir o papel fundamental que as FEs desempenham na formação da participação por meio da criação de oportunidades de ação (MAGASI et al., 2015).

Nesse quesito é interessante incorporar a discussão sobre o "paradoxo das barreiras" em que as pessoas selecionam, por escolha ou necessidade, os ambientes que lhes oferecem as maiores oportunidades e o menor número de barreiras. Por meio desse processo de auto-seleção, as pessoas podem evitar acessar ambientes diante de barreiras/desafios, ao mesmo tempo em que potencialmente limitam sua esfera de ser. Nesse sentido, se as pessoas não possuem mobilidade pode ser pelo "paradoxo das barreiras" que pode ser investigado em pesquisas futuras (MAGASI et al., 2015).

3.7. Mensuração da Deficiência

Desde a publicação da CIF em 2001, os pesquisadores de todo mundo vêm trabalhando para a sua utilização em diversos campos de pesquisa. Embora a CIF seja um grande guia de como se avaliar sob a perspectiva biopsicossocial, no campo prático se tornou um desafio. Desta forma, a própria OMS lançou core-set da CIF, que são instrumentos menores voltados a condições de saúde específicas (PRODINGER et al., 2019).

A deficiência por ser um conceito complexo, dinâmico e multidimensional traz desafios enormes para a sua mensuração. Embora o modelo completo da CIF tenha uma linguagem padronizada mundialmente para avaliar a deficiência, ela não fornece operacionalização específica dos conceitos (FEDERICI et al., 2017).

Os pesquisadores foram criando diversos outros instrumentos na busca por operacionalização. Uma revisão sistemática de 2001 a 2009, identificou 103 estudos

que realizavam a utilização de instrumentos baseados na CIF para avaliação de funcionalidade para diversas condições de saúde e deficiência (CERNIAUSKAITE et al., 2011).

Cieza e colaboradores (2018) indicam que os países normalmente possuem formas de mensuração da deficiência de forma dicotomizada sem captar todo o espectro que envolve a deficiência, o qual deve incluir os fatores ambientais. Ademais, para além de discussões teóricas o caminho para avaliação diversas possíveis categorias de fatores contextuais requerem diferentes projetos de pesquisa, métodos, critérios de inclusão e exclusão e planos de análise de dados (REINHARDT et al., 2011).

Destaca-se que qualquer novo instrumento de avaliação, tem um período de validação, aplicação e desenvolvimento contínuo para reforçar as propriedades de mensuração do instrumento, a fim de assegurar a sua aplicabilidade e viabilidade entre os usuários pretendidos.

Considerando a complexidade de mensuração da deficiência, no Brasil houve uma mudança emblemática no censo dos anos 2000, em que a prevalência de deficiência era a partir de uma pergunta com resposta dicotômica “você tem uma deficiência?”. Esse tipo de pergunta remete ao modelo biomédico da deficiência e questiona a presença ou ausência de impedimentos, a partir de condições de saúde. Para a avaliação da deficiência é necessário um conjunto de perguntas sobre a sua funcionalidade no cotidiano das pessoas, conforme prevê o Modelo Biopsicossocial, sendo a melhor forma de captar a experiência das pessoas com deficiência(SABARIEGO et al., 2015a).

Desde 1990 o Brasil incorporou perguntas para identificação de pessoas com deficiência, tendo sido alterada a metodologia de coleta ao longo dos anos e pesquisas desenvolvidas. Partiu-se da pergunta dicotômica, para perguntas mais abrangentes sobre funcionalidade de acordo com as recomendações do Grupo de Washington, que é um órgão da ONU responsável por debater e propor padronização internacional da forma de coleta de informações e estatísticas em censos nacionais(GRUPO DE WASHINGTON PARA ESTATÍSTICAS, 2023; MADANS; LOEB; ALTMAN, 2011). Desde os anos 2000, o IBGE utiliza essa metodologia em todas as pesquisas brasileiras para estimar as pessoas com deficiência no país.

Sabariego e colaboradores(SABARIEGO et al., 2015a, 2015b) indicam que a metodologia do Grupo de Washington apenas consegue estimar os sujeitos que

potencialmente podem ser pessoas com deficiência. Para ilustrar esse argumento as perguntas que estimam pessoas com deficiência no Censo 2022 eram:

- a. tem dificuldade permanente para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contato?;
- b. tem dificuldade permanente para ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos?;
- c. tem dificuldade permanente para andar ou subir degraus, mesmo usando prótese, bengala ou aparelho de auxílio?;
- d. tem dificuldade permanente para pegar pequenos objetos, como botão ou lápis, ou abrir e fechar tampas de garrafas, mesmo usando aparelho de auxílio?;
- e. por causa de alguma limitação nas funções mentais, tem dificuldade permanente para se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar, estudar e etc.?(IBGE, 2022)

Deste modo, Sabariego e colaboradores (SABARIEGO et al., 2015a, 2015b) argumentam que a avaliação da deficiência deve envolver todos os componentes da CIF, a fim de que a relação pessoa ambiente seja evidenciada, para além de perguntas emblemáticas.

Palmer e Harley (2012) destacam que nenhum instrumento de avaliação pode incorporar todos os aspectos que as pessoas com deficiência vivenciam, mas modelos diferentes servem a propósitos diferentes sendo úteis em determinados contextos. Conforme os dados apresentados neste estudo, o IFBrM tem a capacidade de avaliar a deficiência no Brasil, sendo os seus resultados semelhantes aos identificados por outros estudos.

Heinemann e colaboradores (2015) indicam que a mensuração da deficiência deve descrever a atividade e a participação, incluindo o seu contexto do ambiente, com os suportes físicos, sociais e atitudinais; barreiras ao desempenho de atividades; e participação social e comunitária. Os autores destacam que é muito difícil conseguir capturar a totalidade da experiência da deficiência, mas deve-se concentrar em avaliar aspectos do ambiente que são passíveis de mudança ou que devem afetar a restrição de participação.

Mesmo com métricas diferentes, estimasse que no mundo, há mais de um bilhão de pessoas com deficiência, sendo esta população mais propensa ser de baixa renda, sem oportunidades de educação e emprego, com conseqüente exclusão social e baixa qualidade de vida (KUPER; HEYDT, 2019; WHO; WORLD BANK, 2011).

No Brasil, as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) Contínua de 2022 estimou que existam 18,6 milhões de pessoas com deficiência de 2 anos ou mais de idade, o que representa 8,9% da população brasileira. Associado à deficiência, essas pessoas têm um nível de ocupação menor (26,6%) comparado às pessoas sem deficiência (60,7%); menor rendimento médio real do trabalho principal, em média R\$ 1.860,00 em contraposição à média de R\$ 2.690,00 para a população restante; a taxa de analfabetismo maior em todas as faixas etárias comparada à média nacional, bem como a taxa de escolarização. Deste modo os dados da PNAD Contínua demonstram a alta vulnerabilidade que as pessoas com deficiência possuem no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023).

3.7.1. Instrumentos de Avaliação da Deficiência

A avaliação da deficiência parte de conceitos e modelos teóricos específicos de cada tempo e país. Ao se considerar os modelos teóricos mais discutidos no Brasil, as avaliações da deficiência seguem de acordo com a Figura 1.

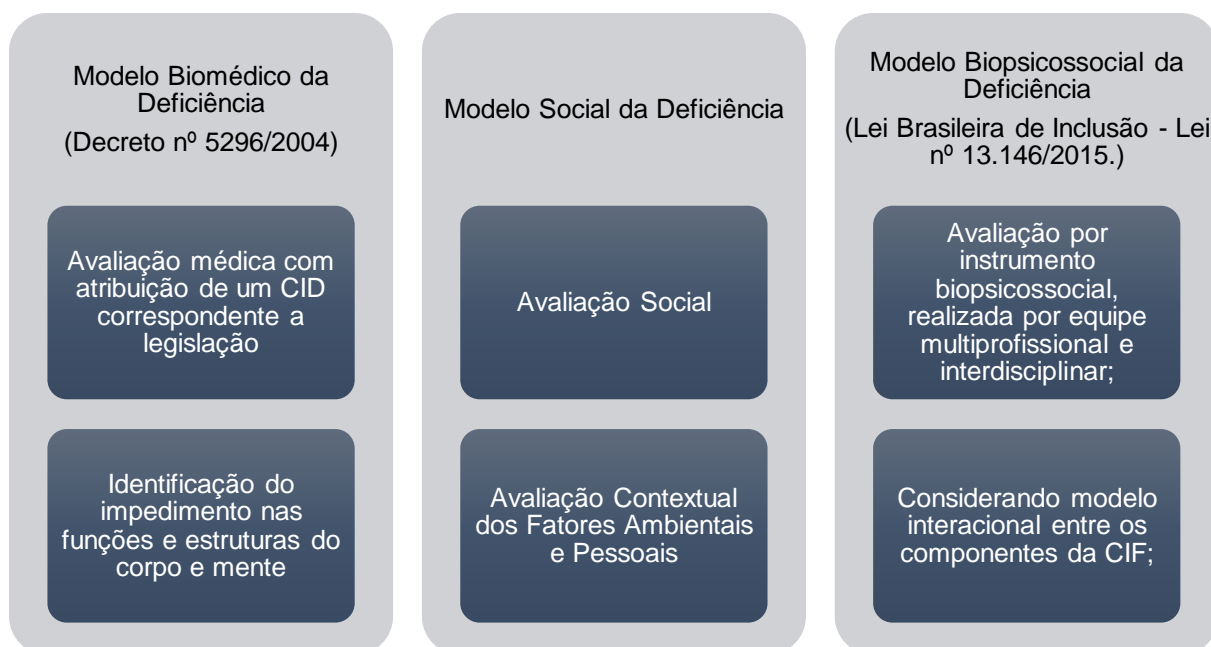


Figura 1. Comparação entre modelos teóricos e formas de avaliação da deficiência.

Destaca-se que Oliver(2004) indica que o modelo social é como um martelo, você utiliza quando precisa, para a deficiência é utilizado como ferramenta de

mudança social. Portanto, esse modelo não se propõe a definir a avaliar a deficiência, sendo um paradigma teórico e utilizado enquanto bandeira de luta contra as barreiras impostas pela sociedade às pessoas com deficiência.

Ademais, existem algumas ferramentas internacionais que avaliam e classificam as pessoas com deficiência por gradação, como o Model Disability Survey (MDS) e o WHODAS 2.0 publicados pela OMS, já traduzidos e validados transculturalmente para o Brasil (CASTRO, 2010; CASTRO; LEITE, 2017; DA SILVA et al., 2023). Em contraponto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza-se dos questionários propostos pelo Washington Group on Disability Statistics da ONU para realização dos inquéritos de Censo Demográficos, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua ((INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023). Todos estes instrumentos são baseados no Modelo Biopsicossocial da CIF, da CDPD e da LBI, o que difere são as métricas e padrão ouro utilizado.

3.8. Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil

O Brasil é um país de dimensões continentais com mais de 220 milhões de habitantes. Tem um estado de bem-estar social com políticas públicas que disponibilizam serviços de forma gratuita previstos na Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988).

A CF nasceu de um processo de redemocratização do país após a Ditadura Militar, em que expressa direitos humanos de primeira e segunda gerações, considerando a liberdade e igualdade de todas as pessoas. Entretanto, a doutrina brasileira compreende que as pessoas não são iguais e, apesar de propor igualdade formal, reconhece que se deve buscar igualdade material, ou seja, pessoas diferentes devem ser tratadas de forma desigual na equivalência de suas desigualdades. Essa característica abriu espaço para que legislações específicas fossem concebidas na garantia dos direitos de grupos específicos que foram historicamente marginalizados e coletivamente discriminados e prejudicados, permitindo uma "discriminação" positiva (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, em relação à igualdade, há menção expressa de não discriminação por deficiência nos capítulos que tratam de direitos sociais; poder

judiciário; seguridade social; educação, cultura e desporto; e família, criança, adolescente, jovem e idoso (BRASIL, 1988).

Os direitos de terceira geração são mencionados de forma menos abrangente na CF, sendo necessário que os legisladores regulamentem muitos dos direitos ali expressos em normas complementares, incluindo as especificidades da população com deficiência. Por exemplo, no campo da seguridade social, há uma garantia notável referente a um salário-mínimo de benefício mensal, que foi concedido expressamente à pessoa com deficiência e ao idoso no Artigo 203, inciso V, da Seção IV - Da Assistência Social (BRASIL, 1988). O direito a esse salário-mínimo foi nomeado de Benefício de Prestação Continuada (BPC) e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei nº 8.742/93) e pelas Leis nº 12.435/2011 e nº 12.470/2011 (SILVA; DINIZ, 2012). Além dessa, há outras regulamentações para direitos de eficácia limitada expressos na constituição que estão relacionados à pessoa com deficiência, sejam específicos ou não, mas que não estabelecem critérios para determinar o que é uma pessoa com deficiência.

A menção à pessoa com deficiência na CF foi a primeira conquista do movimento social de pessoas com deficiência dos anos 1980(MAIDEIRA; MAIOR, 2017). Não há definição específica de conceito de deficiência nesse documento, mas a Emenda Constitucional nº 103/2019 fez algumas alterações ao incluir a avaliação biopsicossocial para caracterizar uma pessoa com deficiência no Artigo 201, que define as regras básicas para a concessão de benefícios previdenciários (BRASIL, 2019).

Para que a caracterização da deficiência prevista na CF e na LBI seja colocada em prática, é necessária regulamentação pelo Poder Executivo com indicação do instrumento de avaliação, publicado por meio de decreto presidencial. Atualmente no Brasil, há duas políticas públicas que utilizam um instrumento biopsicossocial para avaliação baseados na CIF: o instrumento do BPC da assistência social, que foi produzido em 2009 para incorporar o Modelo Biopsicossocial e está na sua terceira versão; e, o Índice de Funcionalidade Brasileiro adaptado para redução do tempo para Aposentadoria (IFBrA). Ambos os instrumentos são utilizados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para avaliação de elegibilidade para políticas sociais e previdenciárias.

Atualmente, no Brasil, a forma de medir e caracterizar quem tem direito às políticas de acesso para pessoas com deficiência é difusa para 34 políticas públicas

federais (BERNARDES; MARCELINO; VILELA, 2024). Os conceitos e parâmetros de avaliação são definidos por cada um dos órgãos gestores da política, o que gera desgaste para a pessoa com deficiência, sua família, bem como para o Estado "porque o processo avaliativo é permeado por retrabalho, desperdício de recursos, rotinas e procedimentos ineficientes, ultrapassados e onerosos"(ALVES et al., 2021). Essa profusão de conceitos era o que Altman (2001) apresentava como problemática, em que quanto mais complexo o fenômeno social a ser definido, maior é a variedade de formas de se operacionalizar.

As abordagens de pesquisadores em todo mundo para a deficiência variam para além de questões culturais, mas também em termo de políticas implantadas, práticas educacionais, financiamento de pesquisas e movimento social de pessoas com deficiência (GINSBURG; RAPP, 2013), nessa perspectiva uma avaliação biopsicossocial deve considerar todos esses aspectos.

Para a caracterização das pessoas com deficiência no Brasil foi investido no IFBr, com ações entre 2007 até 2024. Esse instrumento passou por quatro validações diferentes e ainda está em debate. A Tabela 1 detalha o percurso do instrumento e legislações relacionadas.

Tabela 1. Percurso brasileiro da Avaliação Biopsicossocial para caracterização das pessoas com deficiência, Brasil, 2024

Ano	Atividade	Autor
2007	Institui Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizado no Brasil e definir a elaboração e adoção de um modelo único para todo o País.	Casa Civil da Presidência da República - Decreto de 26 de setembro de 2007
2008	Contratação do IETS para criação do instrumento em parceria com o governo	Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
2011	Entrega do IFBr ao Governo Federal	Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS)
2013	Regulamenta a aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.	Casa Civil da Presidência da República - Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013
2013 - 2016	Validação do IFBrA para pessoas que buscavam a aposentadoria	UnB

2015	Aprovação da Lei Brasileira de Inclusão que estabelece que a avaliação da pessoa com deficiência, quando necessária, será biopsicossocial e interdisciplinar	Casa Civil da Presidência da República - Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.
2017	Instituição do Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência	Casa Civil da Presidência da República - Decreto nº8.954, de 10 de janeiro de 2017
2017 - 2018	Validação do IFBr para a população adulta	Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade.
2017 - 2019	Validação do IFBr para em pacientes com síndrome de amputação, Acidente Vascular Cerebral (AVC), lesão medular e com lombalgia	Pesquisadora da Universidade de São Paulo
2017 - 2019	Validação do IFBrM para todas as idades e naturezas de impedimento	UnB
2019	Extinção do Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência	Casa Civil da Presidência da República - Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019
2020	Aprovação pelo CONADE IFBrM como instrumento adequado de avaliação da deficiência a ser utilizado pelo Governo Brasileiro, conforme prevê a LBI	CONADE - Resolução de 10 de março de 2020
2020	Criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência	Casa Civil da Presidência da República - Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020
2021	Entrega do Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência e demais documentos produzidos, utilizando o IFBrM como um dos instrumentos de avaliação, com decisão sem participação social do CONADE	Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
2022	Realização do 1º Seminário Brasileiro sobre Avaliação Biopsicossocial da Deficiência	Pesquisadores e organizações civis de defesa dos direitos das pessoas com deficiência
2023	Instituído um novo Grupo de Trabalho sobre Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência	Casa Civil da Presidência da República - Decreto nº 11.487, de 10 de abril de 2023
2024	Finalização do Grupo de Trabalho sobre Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência e apresentação do Relatório Final	Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência

3.8.1. Construção do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr)

O primeiro Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) governamental sobre avaliação e valoração da deficiência recomendou a criação de um instrumento

específico para o país, em 2008, a partir disso criou-se o IFBr (BERNARDES; MARCELINO; VILELA, 2024). Esse instrumento foi finalizado em 2013, por encomenda do Governo Federal, com base no modelo biopsicossocial proposto pela CIF e da CDPD. O objetivo principal era se obter um instrumento que avaliasse a deficiência a partir do perfil populacional brasileiro, a fim de caracterizar as pessoas com deficiência para políticas sociais (FRANZOI et al., 2013)

O diferencial deste instrumento é a matriz avaliativa utiliza os itens de atividades e participação da CIF, com a escala de pontuação adaptada da MIF. Assim, para cada atividade há quatro pontuações (100, 75, 50 e 25) que indica o nível de independência para realização de cada uma das atividades. A pontuação 100 é quando o indivíduo consegue fazer sozinho uma atividade; 75 com ajuda de algum produto, tecnologia ou de forma adaptada do usual; 50 com ajuda de terceiros em alguma etapa da atividade; e, 25 totalmente dependente de terceiros (MORAIS, 2023).

Esse instrumento original já passou por duas validações sendo a primeira voltada à população idosa, entre 2017 e 2018 (BIRON et al., 2018), e a segunda com uma população em pacientes com síndrome de amputação, Acidente Vascular Cerebral (AVC), lesão medular e com lombalgia em um Centro Especializado em Reabilitação em São Paulo, entre 2017 a 2019 (COELHO, 2020).

No primeiro estudo de validação, o instrumento foi aplicado sobre a população idosa, sendo feita a comparação com adultos não-idosos a fim de criar uma referência, em uma Hospital Universitário no Rio de Janeiro. A amostra de conveniência, não probabilística, contou com a participação de 883 idosos e 417 adultos jovens saudáveis, totalizando 1.300 entrevistas. Considerando a faixa etária de idosos, percebeu-se que a avaliação ocorria por capacidade, e não por desempenho, por deixar de fazer algo por escolha própria ou circunstância de vida. Neste estudo percebeu-se que havia o viés de gênero para realizar ou não uma atividade, em que os homens pontuavam pela capacidade como: Preparar Refeições tipo Lanches, Cozinhar, Realizar Tarefas Domésticas, Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios; e as mulheres pontuaram mais por capacidade na atividade Relacionamentos Íntimos (BIRON et al., 2018).

No estudo de Biron e colaboradores (2018) o IFBr conseguiu identificar idosos com diferentes tipos e níveis de deficiência, e descreve de forma ampla quais os domínios e nível de acometimento os idosos possuem, ao comparar com a base de adultos sem deficiência.

A segunda validação fez a comparação entre instrumentos específicos de avaliação funcional para cada uma das condições estudadas. Esse instrumento foi aplicado em uma amostra 222 participantes dos dois sexos, com os seguintes impedimentos: 56 participantes amputação; 53 participantes que sofreram AVC; 60 participantes com lesão medular; e, 53 participantes com lombalgia. Foi identificado que houve uma concordância entre ele para avaliação funcional, sendo a MIF com a maior correlação (COELHO, 2020).

De acordo com Coelho (2020) o IFBr “se mostrou válido quanto a reprodutibilidade intra e inter-observadores, consistência interna e validade de construto” quando comparado aos instrumentos Índice de Barthel (IB), MIF, *Spinal Cord Independence Measure* (SCIM-IV), Questionário Roland-Morris Brasil (QRMB) e Escala Visual Analógica (EVA). Contudo, indicou que apenas para os pacientes com AVC o instrumento foi sensível identificar os ganhos ao longo dos processos terapêuticos da reabilitação. de acometimento funcional nas diversas áreas do funcionamento humano.

3.8.2. Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado para fins da concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência (IFBrA)

O IFBrA é uma segunda versão do instrumento, que teve como origem a Lei Complementar nº 142/2013, a qual regulamentou a aposentadoria para pessoas com deficiência no Regime Geral de Previdência Social (RGPS). Nessa legislação a depender da gravidade da deficiência é possível realizar a antecipação do tempo para se aposentar, gerando a necessidade de se ter um instrumento que fizesse essa graduação (BARBOSA; PEREIRA; RODRIGUES, 2017; BRASIL, 2013; PEREIRA; BARBOSA, 2016).

Em 2013 o IFBr havia sido publicado, mas ainda não tinha passado pelo processo de validação técnico científico, entretanto por ser um instrumento criado com a finalidade de caracterizar as pessoas com deficiência no país foi escolhido para cumprir a legislação (BERNARDES; MARCELINO; VILELA, 2024).

A UnB foi selecionada para realizar a validação técnico-científica, entre 2013 e 2016, para que pudesse ser inserida as graduações: sem deficiência; leve; moderada; e, grave. A pesquisa de validação contou com três fases (conteúdo, face e acurácia),

e o instrumento passou a ser denominado IFBrA (“A” de adaptado)(BERNARDES; MARCELINO; VILELA, 2024; PEREIRA; BARBOSA, 2016).

Alguns apontamentos foram realizados pela UnB, identificadas enquanto sinais de alerta: o instrumento ter sido estruturado a partir da pontuação de dependência, e não da interação com as barreiras ambientais; que as barreiras ambientais não foram abarcadas de forma suficiente, sem clareza sobre a influência na pontuação. No relatório da Pesquisa foi recomendada a modificação do sistema de pontuação do instrumento para contemplar a caracterização das barreiras ambientais, em vez de apenas “assinalar”, como preconizado no IF-Br original. O instrumento foi considerado válido do ponto de vista técnico-científico, e a validação de acurácia apresentou um bom desempenho epidemiológico de sensibilidade e especificidade, o que possibilitou a definição de pontos de corte na escala de pontuação para a gradação (BERNARDES; MARCELINO; VILELA, 2024).

3.8.3. Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)

Com a publicação da LBI, o Estado brasileiro necessitou se organizar para que criasse instrumentos para a avaliação das pessoas com deficiência, conforme detalhado na introdução. Considerando a experiência de validação do IFBrA, a UnB foi contratada pela Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, para acompanhar um processo de validação realizado pelo Ministério, tendo como base o IFBr, que havia já sido financiado pelo Governo Federal (BARROS, 2023; BARROS et al., 2019).

Na proposta inicial, o instrumento base seria o IFBrA que vários ministérios iriam validar em seus públicos-alvos, entretanto, devido a entraves políticos e administrativos a proposta foi considerada inviável. Assim, mesmo não sendo objeto do instrumento firmado a UnB assumiu todo o processo de validação nacional, tendo como parceria Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD) do Ministério da Saúde (MS). Foi debatido que o SUS teriam os espaços ideais para a pesquisa de campo, com estrutura física, de recursos humanos e pessoas a serem avaliadas (BARROS, 2023).

A pesquisa teve três fases: Validação de Conteúdo; Validação de Face; e, Validação de Acurácia.

Na validação de conteúdo (fase I) foi realizada entre 2017 a março de 2018, por meio de reuniões interministeriais formalmente instituídas pelo Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência. Após discussões sobre instrumentos de avaliação de funcionalidade, questões avaliativas, adequações de faixas etárias, outras ferramentas de avaliação da deficiência e formas de valoração, chegou ao instrumento para a validação com 57 atividades (BARROS et al., 2019).

Para as etapas seguintes o Ministério da Saúde indicou os serviços que seriam coparticipantes da pesquisa sendo Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados pelo MS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Posteriormente, algumas outras instituições filantrópicas de saúde, assistência social e educação, como algumas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES), se voluntariaram para participar da pesquisa. Os treinamentos ocorreram de forma híbrida nas primeiras turmas, e posteriormente apenas de forma presencial onde foram capacitados 1.360 profissionais. Os avaliadores eram profissionais de nível superior vinculados a esses serviços (BARROS et al., 2019).

As fases seguintes foram realizadas de forma simultânea entre 2018 e 2019.

A validação de face (fase II) consistia em entrevistas aos profissionais e usuários sobre a compreensão do instrumento, aceitação transcultural, e possíveis sugestões, além da observação das avaliações realizadas. Os pesquisadores da UnB visitavam os municípios participantes da pesquisa, visitando os serviços, tirando dúvidas, fazendo novos treinamentos necessários e as entrevistas (BARROS et al., 2019).

A avaliação de acurácia (fase III), foi realizada a partir da Teoria de Resposta ao Item (TRI), a qual foi utilizada para analisar o poder discriminante para as atividades dispostas no instrumento para cada uma das faixas etárias determinadas na composição das cotas amostrais (BARROS et al., 2019).

Por fim, para a construção do instrumento final foram considerados os aspectos qualitativos das entrevistas e quantitativos para TRI, deste modo, não se incluiu novas atividades no instrumento, porém foram retiradas atividades que se mostraram sem poder discriminante e/ou com funcionamento inadequado, confuso ou repetitivo no campo (BARROS et al., 2019).

Após vários os processos de validação, este instrumento chegou a sua terceira versão intitulada Índice de Funcionalidade Brasileira Modificado (IFBrM) para caracterizar uma pessoa com deficiência para fins das políticas de proteção social do Estado brasileiro, com 39 atividades, sendo aplicadas de acordo com as idades. Considerando as três versões do IFBr, manteve-se a estrutura de atividades a partir da CIF e valoração de acordo com a MIF, mas há diferença nas atividades e quantidades, bem como o público-alvo, conforme descrito no Tabela 2.

Tabela 2. Comparação entre as versões do Índice de Funcionalidade Brasileiro, Brasil, 2024.

Versão	Nome	Ano de publicação	Quantidade de Atividades	Público-Alvo
1ª	IF-Br Original	2012	41	Não definido
2ª	IFBrA	2016	42	Pessoas com deficiência acima de 18 anos em busca de aposentadoria
3ª	IFBrM	2019	39	Todas as faixas etárias e pessoas com deficiência

Um diferencial importante deste instrumento desde a primeira versão, é que ele é aplicado por um par de profissionais da saúde, de ensino superior e categorias profissionais diferentes. São estes profissionais que realizam a pontuação a partir de uma avaliação, tendo como base o contexto dos sujeitos, a condição de saúde e como tudo afeta a sua funcionalidade, pontuando pela escala de dependência/independência da MIF. A equipe da UnB, reiterou em Relatório Final que a “base para a avaliação e seu preenchimento não é possível se não por um profissional com formação na área de saúde e conhecimento sobre a deficiência como um fenômeno biopsicossocial”(BARROS et al., 2019).

Por fim, o IFBrM foi considerado válido em termos de precisão e eficácia, podendo ser utilizado no Brasil para a avaliação para caracterização da pessoa com deficiência.

3.8.3.1. Aspectos Políticos na construção do IFBrM

O relatório final da pesquisa de validação do IFBrM foi apresentado ao CONADE no fim de 2019, e posteriormente foi feita uma oficina *in loco* para que os conselheiros pudessem entender como era realizada a avaliação e a medição das réguas. Foi realizado o debate e tira dúvidas dos conselheiros e posteriormente o

instrumento foi aprovado na 124ª Reunião Ordinária do CONADE, por meio da Resolução publicada no Diário Oficial da União do dia 10 de março de 2020 (CONADE, 2020).

Barros (2023) estudou os aspectos políticos relacionados a construção do IFBrM a partir das sessões de audiências públicas no Senado Federal, com a temática da avaliação biopsicossocial. A autora discutiu a proposta do “Protocolo Brasileiro de Avaliação da Deficiência – PROBADA”, apresentado no final do ano de 2019 pela Subsecretaria de Perícia Médica Federal e o Relatório Final do GTI criado em 2020, que se voltavam ao modelo biomédico da deficiência, dando o poder de decisão das vidas das pessoas com deficiência aos médicos peritos.

Percebe-se que a decisão sobre a avaliação da pessoa com deficiência é política, pois desde o golpe de 2016 da presidenta Dilma até o governo do Presidente Bolsonaro, a autoridade sobre a caracterização da deficiência para fins de acesso a direitos foi se estabelecendo para uma categoria profissional (BARROS, 2023).

Caribé (2022) fez um detalhamento sobre o processo decisório do GTI estabelecido em 2020, em que foram estabelecidas duas correntes de interpretação do texto da LBI. Uma delas entendia que o IFBrM não era capaz de avaliar todos os aspectos da deficiência, por ter como resultado a restrição de participação, a segunda corrente entendia que ele era suficiente com pequenos ajustes estando apto para ser o modelo único de avaliação biopsicossocial. Debateu-se em duas frentes o que caracterizava o termo ‘longo prazo’ descrito na LBI, em que em uma linha não poderia ser único para todas as políticas, e para outra linha seria o mesmo período.

Bernardes (2022) detalhou que a origem das duas visões do GTI eram Secretaria de Previdência, INSS e Ministério da Cidadania *versus* da SINDPD, que originaram duas propostas de modelo único, sendo a primeira com a centralidade no médico perito e a segunda com ajustes pequenos no IFBrM.

No capítulo “Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós” (MORAIS, 2023), de minha autoria, o detalhamento da análise feita do relatório final do desse primeiro GTI de 2020. O capítulo está disponível no apêndice.

4. MÉTODOS

Para cumprir os objetivos desta tese, será empregada a triangulação de métodos, em que é possível obter uma compreensão mais abrangente dos resultados, pois realiza a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Ressalta-se que ao aplicar diversas técnicas de pesquisa podemos responder a necessidade de olhar os diversos cenários das políticas e programas, para verificar o impacto dos fatores contextuais na vida e funcionalidade das pessoas com deficiência avaliadas pelo IFBrM.

A tese faz parte da pesquisa “Implementação do Modelo Único de Avaliação e Valoração da Deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras”. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília e, sequencialmente, apresentado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), CAAE: 92261518.0.3002.0008. Conforme solicitação da CONEP, o projeto foi submetido em outras 19 instituições participantes e coparticipantes que fizeram suas exigências. Foram atendidas em modificações e atenderam aos requisitos de autonomia em pesquisa com seres humanos segundo as normas brasileiras vigentes, reiterando o compromisso com a ética na condução da pesquisa. Medidas foram tomadas para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados coletados, protegendo assim a privacidade dos participantes. O Parecer de aprovação da pesquisa está disponível no Anexo I.

4.1. Análise Política

O capítulo de livro publicado e o artigo 1 debatem os aspectos políticos e legislativos sobre a avaliação biopsicossocial e seu contexto. O método de análise foi documental (CELLARD, 2008) tendo como objeto os relatórios publicados pelo Governo Federal. Destacam-se o Relatório da Pesquisa de Validação pela UnB (BARROS et al., 2019), o Relatório de Análise Ex-Ante Implantação do Sistema Unificado da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (ALVES et al., 2021), o Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (BRASIL, 2020), e o “Documento 8 - Propostas para o

instrumento e o modelo único de avaliação da deficiência” anexo ao Relatório final do GTI.

4.2. Análise legislativa

Realizou-se uma análise documental das leis publicadas pelo governo brasileiro desde a nova Constituição Federal de 1988, até dezembro de 2023. Para essa análise, foi fundamental analisar os aspectos de contexto, autor, autenticidade dos documentos, natureza do texto, conceitos e lógica de cada documento (CELLARD, 2008).

O Governo Federal do Brasil possui um repositório eletrônico oficial com leis de abrangência nacional, atualizado diariamente, denominada Legislação Federal (<https://legislacao.presidencia.gov.br>). A pesquisa foi realizada com base no texto original da Lei 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a LBI. O repositório Legislação Federal possui uma ferramenta de encadeamento de legislações, que permitiu recuperar o histórico das legislações sobre pessoas com deficiência desde 1988, em que foi possível elencar todas as legislações federais, em vigor ou revogadas. Foram incluídas todas as legislações sobre pessoa com deficiência e excluídas as que não possuíam definição conceitual ou forma de avaliação sobre pessoas com deficiência.

Após utilizar todos os recursos de conexão, o segundo passo foi a busca de documentos, artigos científicos, publicação de comunicações em congressos, teses, dissertações e documentos oficiais que mencionasse leis, com a questão de pesquisa que poderia não ter sido encontrada na primeira etapa. Utilizou-se a base de dados no Google Acadêmico e SciELO Brasil, que apresenta documentos, teses e dissertações normalmente indisponíveis nas bases de dados tradicionais. Todas as referências bibliográficas foram verificadas no site oficial do Governo Federal. Após a pesquisa dos dados, as legislações foram analisadas pelo referencial teórico apresentado na tese dos três principais modelos sobre deficiência em disputa no Brasil.

O detalhamento da metodologia realizada está disponível no artigo 2.

4.3. Avaliação do estudo nacional transversal

O estudo transversal nacional para a Avaliação de Acurácia (fase III) do IFBrM foi realizado no período de dezembro de 2018 a outubro de 2019. Neste processo de validação havia 57 atividades a serem validadas para cada faixa etária. Após esse processo, foram analisadas pelo TRI e análise qualitativa.

Ressalta-se que nesse estudo, a amostra não foi representativa da população geral, pois foi focada na validação do instrumento e não para medir prevalências em regiões do país ou em grupos populacionais. Deste modo, foram estabelecidas as quotas amostrais por natureza do impedimento e faixa etária, conforme Tabela 3 (BARROS et al., 2019).

Tabela 3. Amostra para o processo de validação do IFBrM pela UnB em, para a Prevalência de 75%, Brasil, 2019.

Impedimento	Faixa Etária				
	0-4	5-10	11-17	18-59	>= 60
Visual	288	288	288	288	288
Auditiva	288	288	288	288	288
Mental	288	288	288	288	288
Intelectual	288	288	288	288	288
Física	288	288	288	288	288
Total	1441	1441	1441	1441	1441

Fonte: UnB, 2019

A aplicação do instrumento foi feita por profissionais de nível superior treinados pela equipe da UnB, oriundos de serviços públicos CER, CAPS, UBS e algumas instituições filantrópicas de saúde, assistência social e educação. Os participantes foram por amostra de conveniência, ou seja, foram usuários que estavam em atendimentos nos serviços, sendo convidados a participar se tivessem disponibilidade de tempo e aceitassem por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa de validação do IFBrM contou com 8.795 indivíduos de todas as faixas etárias, contudo para esta tese foram analisados os dados referentes aqueles acima de 18 anos. Deste modo, foram considerados 4.065 participantes (46,2%) do total nas etapas de validação de face a acurácia, que ocorreu entre 2018 e 2019.

Foi considerado como desfecho o grau de deficiência: ausente; leve; moderada; ou, grave. Tendo como objeto os fatores pessoais previstos na CIF, como exposição foram considerados as variáveis: faixa etária; sexo; escolaridade; cor ou raça; estado

civil; tipo de domicílio e zona de ocupação do domicílio; Foi testada a associação entre cada grupo de variáveis e a gravidade, por meio do teste Qui-quadrado, a um nível de significância de 0,05. Foi elaborado um modelo de regressão logística múltipla com as variáveis do estudo. A partir dos coeficientes do modelo, foram calculadas as razões de chances (*Odds Ratio*), para cada categoria e seus respectivos intervalos de confiança, ao nível de 95%. Foi utilizado o teste de hipótese Qui-quadrado para testar a significância geral do modelo e, para mensurar a significância das variáveis preditoras individualmente, foi usado o teste de Wald, ambos com um nível de significância $p < 0,05$.

Em relação aos fatores ambientais, previstos na CIF, que estão na Matriz do IFBrM, as categorias consideradas foram: “produtos e tecnologia”, “ambiente natural”, “apoio e relacionamentos”, “atitudes”, e “serviços, sistemas e políticas públicas”. Essas variáveis são as barreiras e se relacionam com cada domínio e atividade do IFBrM. Os dados de barreira ambientais foram simplificados conforme a contagem de cada tipo de barreira e isolados de acordo com as categorias de domínio das perguntas. Para compreender a associação entre o sexo, as barreiras ambientais, a quantidade de barreiras e os domínios do IFBrM foi elaborada uma análise de correspondência múltipla (R CORE TEAM, 2024), que considerou a frequência de respostas fornecida para cada domínio e cada tipo de barreira. Para incluir as variáveis no modelo de análise de correspondência foi realizado um teste de hipótese utilizando o cálculo do Qui-quadrado, com um nível de confiança de 0,05.

Os resultados da análise de correspondência, expressos em dimensões, foram plotados em um mapa perceptual com 2 ou 3 dimensões. Foi ainda realizado um agrupamento, usando o algoritmo K-Means, que agrupou as categorias e variáveis de acordo com as três principais dimensões do modelo de análise de correspondência. O número de grupos foi realizado por meio visual, utilizando o Método Elbow.

O detalhamento metodológico está descrito nos artigos 4 e 5.

4.4. Entrevistas Semiestruturadas

Durante a Validação de Face (fase II) do projeto de validação do IFBrM, a equipe de pesquisa da UnB realizou entrevistas semiestruturadas aos profissionais de saúde que realizaram as avaliações dos sujeitos de pesquisa. As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas fechadas e abertas, em que é possível

discorrer sobre uma temática sem se prender uma única indagação e o entrevistado tem a possibilidade de discorrer com maior abrangência (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Foram convidados a participar de uma entrevista ao final da pesquisa profissionais de saúde de nível superior, que fizeram no mínimo 60 avaliações de participantes da pesquisa utilizando o IFBrM, e que aceitassem participar da pesquisa nessa etapa por meio de consentimento. Decidiu-se incluir os profissionais que tivessem experiência com o IFBrM e a avaliação da deficiência.

O roteiro incluía os blocos: compreensão de deficiência; Avaliação Social; IFBrM; Fatores Contextuais; e, o Final com perguntas sobre percepções gerais sobre a pesquisa. As entrevistas ocorreram no último mês de pesquisa, em que pesquisadoras da UnB entraram em contato por telefone para convidar a participar das entrevistas de forma virtual.

Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e transcritas para a análise qualitativa. As entrevistas foram analisadas a partir da Análise Temática de Conteúdo, que tem os seguintes passos pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Foi feita inicialmente a leitura flutuante de todas as entrevistas, depois foi identificado os grandes temas que emergiram, e a partir deles surgiram outras subcategorias para a exploração junto a literatura científica. A categorização das entrevistas foi realizada utilizando o software MaxQDA 2020.

O maior detalhamento metodológico está descrito no artigo 5.

5. RESULTADOS

Os resultados da tese serão apresentados em formato de um capítulo de livro e cinco artigos científicos.

O produto da tese publicado é o capítulo “Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós?”, no livro “Itinerário de reflexões e práticas de acessibilidade e inclusão: a potência do Fórum Interinstitucional”, pela Fundação Oswaldo Cruz (<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57248>). O livro foi organizado pelos pesquisadores da FIOCRUZ Laís Silveira Costa, Annibal Coelho de Amorim, Sônia Gertner, Kátia Machado e Gilvan Mariano, e todos os capítulos passaram por revisão e aprovação do Conselho Editorial. O texto original foi enviado em fevereiro de 2022; passou por revisão em julho/agosto de 2022; e, foi lançado o livro em abril de 2023 durante a Conferência Livre Nacional de Saúde, etapa preparatória para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada sob o Tema da Saúde da Pessoa com Deficiência. Por se tratar de texto já publicado, está no Apêndice desta tese.

Artigo 1. "Modelo biopsicossocial na avaliação da deficiência: Deficiência não é um código da CID", foi submetido em uma segunda rodada à revista de Ciência e Saúde Coletiva, em 15 de fevereiro de 2024.

O Artigo 2. “Marcos legislativos do conceito de pessoa com deficiência e sua avaliação para concessão de direitos sociais no Brasil” esse artigo foi escrito em inglês durante o Doutorado Sanduíche na NYU. Esse artigo foi compartilhado com alguns pesquisadores brasileiros para revisão inicial, que sugeriram traduzir para o português e submeter em revista brasileira, tendo em vista que o objeto é de interesse público. A submissão foi realizada em 29 de fevereiro de 2024, na revista Ciência e Saúde Coletiva

O Artigo 3. Fatores Pessoais na Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil, 2018 a 2019 e o Artigo 4. Fatores Ambientais na Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil, 2018 a 2019, foram submetidos na Cadernos de Saúde Pública em 29 de março de 2024.

O Artigo 5. Percepções dos profissionais de saúde sobre as pessoas com deficiência a partir da Avaliação Biopsicossocial do IFBrM, que está apresentado nesta tese para contribuição dos membros da banca, antes de ser submetido.

Os artigos na integra estão disponibilizados nas próximas páginas para apreciação da banca de doutorado.

5.1 Artigo 1 - Modelo biopsicossocial na avaliação da deficiência: Deficiência não é um código da CID

Biopsychosocial model in Disability Evaluation: Disability is not an ICD code.

Resumo

A identificação das pessoas com deficiência para as políticas sociais está em disputa teórica, política e social no Brasil. Em que se busca uma transição do modelo biomédico, a partir de laudos médicos com a designação de um código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID), para o modelo biopsicossocial com uma avaliação multiprofissional e interdisciplinar como a Lei Brasileira de Inclusão prevê. O presente ensaio teórico tem como objetivo apresentar alguns subsídios para a discussão sobre a avaliação da deficiência. Buscou-se apresentar a disputa conceitual teórica como matriz para a reflexão, os instrumentos de avaliação e os movimentos políticos relacionados atores sociais. Este ensaio busca cobrir um hiato na literatura científica brasileira, ampliando o debate de Estudos sobre Deficiência, bem como promover informações em uma linguagem simples para os profissionais de saúde e pessoas com deficiência. Argumentamos que a avaliação da deficiência deve considerar todos os determinantes como o resultado multicausal, tendo fatores funcionais, ambientais e pessoais. A abordagem deve ser fundamentada em evidências, colocando como ponto central a pessoa-ambiente e como seu resultado interativo a deficiência.

Palavras-chave: Avaliação da Deficiência; Pessoas com Deficiência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Modelos Biopsicossociais;

Abstract

The identification of persons with disabilities for social policies is in theoretical, political, and social dispute in Brazil. There is a transition from the biomedical model, based on medical reports with the designation of a code of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), to the biopsychosocial model with a multi-professional and interdisciplinary evaluation as provided for in the Brazilian Law of Inclusion. This theoretical essay aims to present some subsidies for the discussion on the assessment of disability. This text presents a theoretical conceptual dispute as a matrix for reflection, the evaluation instruments, and the political movements related

to social actors. This essay seeks to cover a gap in the Brazilian scientific literature, broadening the debate on Disability Studies, as well as promoting information in simple language for health professionals, and persons with disabilities. We argue that disability evaluation should consider all determinants, such as the multicausal outcome, having functional, environmental, and personal factors. The approach must be based on evidence, placing the person-environment as the central point and disability as its interactive result.

Keywords: Disability Evaluation; Person with Disabilities; International Classification of Functioning, Disability, and Health; Biopsychosocial Models.

1. Introdução

As definições de deficiência são derivadas dos diferentes modelos teóricos e há diversas abordagens para explicar o fenômeno da deficiência com propósitos variados, resultando em conflitos, contradições e confusão entre os termos¹. No plano teórico, definir deficiência é mais que simplesmente um exercício de semântica, alterar a definição teórica de deficiência pode ter implicações sociais, econômicas e políticas de grande alcance^{2,3}.

A deficiência não é uma doença; é uma característica dos sujeitos resultado de múltiplos fatores⁴. Entretanto, essa população foi estigmatizada e inferiorizada por séculos dentro da sociedade⁵, levando a necessidade de se estabelecer políticas sociais para que esses sujeitos possam ter acesso aos seus direitos fundamentais e atingir a igualdade de oportunidades.

A identificação das pessoas com deficiência para as políticas sociais está em disputa teórica, política e social no Brasil. Em que se busca uma transição do modelo biomédico, a partir de laudos médicos com a designação de um código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID), para o modelo biopsicossocial com uma avaliação multiprofissional e interdisciplinar como a Lei Brasileira de Inclusão prevê.

No Brasil, a identificação das pessoas com deficiência, para fins de concessão de benefícios sociais, desde a Constituição Federal foi a partir de um laudo médico com atribuição de um código da CID^{2,4,6,7}. Entretanto o principal objetivo da CID, como o próprio nome já diz, é a classificação diagnóstica de uma doença, tendo aplicações

para definir a conduta médica, gerar dados epidemiológicos e administrativos em saúde⁸.

A CID é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), sendo essa última voltada a propor um modelo de compreensão biopsicossocial dos estados de saúde⁸. Um exemplo, é a paralisia cerebral que possui do CID G80, que aplicado o modelo da CIF é possível identificar qual a relação dessa condição de saúde com as funções/estruturas do corpo, atividades, participação e os fatores contextuais dos sujeitos. Assim, a CID identifica a origem do impedimento, que pode ter natureza física, intelectual, sensorial (auditiva e/ou visual) e mental, como consequência de doenças genéticas, lesões congênitas e/ou agravos externos⁹.

No campo dos estudos sobre a deficiência, a CID e a CIF são usadas como ferramentas para avaliar e caracterizar quem é uma pessoa com deficiência em diversos países, sendo esse processo necessário quando se busca o acesso a políticas sociais¹⁰. Deste modo, a deficiência se tornou uma característica multidimensional que pode ser avaliada, mensurada, classificada e apresentada como uma estatística⁹, mas para isso, se faz necessário definir o básico: o conceito a ser usado para dizer quem é a pessoa com deficiência.

O presente ensaio teórico tem como objetivo apresentar alguns subsídios para a discussão sobre a avaliação da deficiência. Buscou-se apresentar a disputa conceitual teórica como matriz para a reflexão, os instrumentos de avaliação e os movimentos políticos relacionados atores sociais. Este ensaio busca cobrir um hiato na literatura científica brasileira, sendo inédito no sentido de resgatar o processo construído da avaliação biopsicossocial no país, ampliando o debate de Estudos sobre Deficiência, bem como, promover informações em uma linguagem simples para os profissionais de saúde e pessoas com deficiência.

2. Metodologia

Foi realizada uma revisão narrativa artigos, livros e documentos nacionais e internacionais relacionados as teorias sobre deficiência. Bem como foram incorporados relatórios publicados pelo Governo Federal relacionados a avaliação biopsicossocial. Destacam-se o Relatório da Pesquisa de Validação pela Universidade de Brasília do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado¹¹, o Relatório de Análise

Ex-Ante Implantação do Sistema Unificado da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência⁴, o Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência¹², e o “Documento 8 - Propostas para o instrumento e o modelo único de avaliação da deficiência” anexo ao Relatório final do GTI.

3. Resultados

O conceito parte de debates teóricos que são compartilhados socialmente e incorporados em legislações, sendo essas importantes para o processo de avaliação da deficiência. Atualmente, no Brasil há duas legislações concorrentes com conceitos de deficiência distintos a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/ 2015)⁸ e o Decreto nº 5.296/2004⁹, baseados em modelos teóricos que se traduzem em formas de avaliar a deficiência de maneiras distintas, conforme apresentado no Tabela 1.

Tabela 1. Legislações sobre o conceito de deficiência vigentes e concorrentes no Brasil, 2024.

Legislação	Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004 ⁹	Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 ⁸
Tema	Dispõe sobre a Acessibilidade	Dispõe sobre a Lei Brasileira de Inclusão
Definição sobre Deficiência	<p>Possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:</p> <p>a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;</p> <p>b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;</p> <p>c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência</p>	<p>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.</p>

	<p>simultânea de quaisquer das condições anteriores;</p> <p>d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; trabalho;</p> <p>e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências;</p>	
Avaliação	Não dispõe sobre como realizar a avaliação no texto do Decreto	<p>A avaliação da deficiência, quando necessária, 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.</p> <p>O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.</p>
Modelo Teórico sobre Deficiência	Modelo Biomédico da Deficiência	Modelo Biopsicossocial da Deficiência

Fonte: Elaborado pelos autores.

Anteriormente ao Decreto nº 5.296/2004, entendia-se que a pessoa com deficiência era aquela que apresentava “em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”¹³ e sua identificação era por meio de avaliação e laudo expedido¹⁴. Essa conceituação e avaliação é uma característica do modelo biomédico, que reforçava o preconceito com as pessoas com deficiência com a ideia de que eles não eram pessoas “normais”, portanto era um “problema” individual desses sujeitos.

Com o Decreto nº 5.296/2004, as mudanças sociais, políticas e econômicas implicaram na padronização em uma lista das condições de saúde que poderiam acessar direitos, auxiliando os médicos na emissão dos laudos⁴. Nos anos posteriores, surgiram diversos movimentos para inclusão de outros CID neste

Decreto, para ampliar o escopo de pessoas que podem ser consideradas pessoas com deficiência^{3,6}.

Tais normativas referendam a conceituação biomédica da deficiência como doença, trauma, e/ou problema corporal e/ou mental, a partir da funcionalidade corporal. Assim, tem-se culturalmente a deficiência enquanto um problema puramente individual, sendo que o “erro” ou “falha” nas funções e nas estruturas do corpo são denominadas como impedimento¹⁵.

Deste modo, ter o Decreto nº 5.296/2004 vigente reforça a ideia coletiva de que deficiência é a presença ou ausência de um CID. Os modelos teóricos social e o biopsicossocial da deficiência vem na contramão desse argumento, trazendo os contextos sociais para a reflexão.

4. A disputa conceitual como matriz para a reflexão sobre a avaliação da deficiência

A dualidade entre o “normal” e o “anormal” tornou-se evidente ao longo dos últimos séculos, sobretudo ao se observar os corpos humanos diversos, e que o objetivo central da medicina era trazer esses corpos a um padrão^{15,16}. A medicina tinha como finalidade a cura ou reabilitação de forma individualizada, pois essas pessoas eram variantes da normalidade, portanto, colocando-a como doença, com seus cuidados nos impedimentos nas funções e estruturas do corpo de forma exclusiva, sem considerar os contextos que as pessoas vivem¹⁶⁻²⁰. É interessante perceber que esse olhar medicalizado é feito de sujeitos que não possuem deficiência para as pessoas com deficiência, ou seja, o outro julga e afeta a realidade do outro. Contudo a experiência da pessoa com deficiência na sociedade é mais complexa, e em vários casos não necessita de interferência médica.

O modelo biomédico da deficiência tem como ponto de partida inicial a realidade corporal (biológica ou psicológica) do impedimento, onde é dada ênfase às capacidades e limitações dos indivíduos, a presunção de inferioridade biológica ou fisiológica²¹. Esse modelo teórico influenciou a construção do International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), embora tenha sido uma estratégia de tentativa de fuga desse modelo, este documento também afirma a deficiência como um desvio de normas, considerando o desempenho dos sujeitos em oposição a algum mecanismo ou órgão biológico²². Alguns autores trazem a

dificuldade de tradução ao Brasil, por exemplo, por muito tempo “handicap” foi traduzido como incapacidade, contudo diversos autores debateram que a tradução adequada seria ‘deficiência’²³.

Segundo Beaundry²⁴, alguns países podem ter uma definição médica de deficiência como uma responsabilidade individual, mas assumiram a responsabilidade de "ajudar" com esse "problema" nas últimas décadas.

Outro modelo teórico, o Modelo Social de Deficiência, começou a crescer ao lado de movimentos sociais das próprias pessoas com deficiência, iniciado entre o fim de 1960 e início dos anos 1970¹¹. Segundo Oliver²¹, nos estudos sobre políticas sociais, a Academia ignorou a deficiência, por entender que a deficiência é uma tragédia pessoal. Neste modelo, a deficiência deve ser entendida como opressão social e deve reconhecer que as pessoas com deficiência têm desvantagens sociais, financeiras, ambientais e psicológicas e que essas desvantagens têm origem social como um produto histórico²².

Para Shakespeare¹¹, o modelo social da deficiência é simples, eficaz e memorável, sendo uma ferramenta de mudança social, tendo três áreas principais de alcance: 1) o modelo é fácil de ser explicado para uma agenda de mudanças políticas; 2) ao identificar barreiras sociais, o modelo social se mostra como uma ferramenta prática para a remoção dessas barreiras e como promoção da inclusão e 3) esse modelo teve um efeito psicológico nas pessoas com deficiência na construção de uma identidade coletiva, evidenciando que a deficiência não é um fracasso individual, mas social.

Esses dois modelos teóricos são dicotômicos e refletem modos de analisar a deficiência, no modelo biomédico, a deficiência é exclusivamente entendida como um déficit individual, enquanto no modelo social, a deficiência é meramente um construto social¹¹.

Essa dicotomia entre modelos sociais e médicos têm um longo debate, por isso têm surgido diversos de modelos teóricos internacionalmente, sendo o mais relevante no Brasil o Modelo Biopsicossocial. Esse modelo teórico se propõe a considerar as duas perspectivas conceituais, conciliando o biomédico (focado em impedimentos nas funções e estruturas do corpo) e o social (origens sociais, políticas, culturais e de impacto)^{7,20,25}. A distinção entre pessoa com deficiência e pessoa sem deficiência não é tão simples, pois questões culturais, sociais, biológicas e psicológicas devem ser consideradas de acordo com o modelo biopsicossocial²¹.

Embora comumente seja atribuída a criação do modelo biopsicossocial ao médico George L. Engel, em 1977, Lugg²⁶ faz o histórico da sua criação no ano de 1952 com Roy Grinker, onde é apresentada a primeira discussão enquanto uma perspectiva de ampliar a lógica de cuidado para além da doença. A primeira publicação sobre o Modelo Biopsicossocial foi em 1974, com o nome “An Alternative: the bypsychosocial model” por Mosey, uma Terapeuta Ocupacional^{26,27}. Embora possa haver essa confusão de origens, George Engel fez diversas publicações a partir de 1977, a fim de propor uma nova compreensão sobre a saúde pelas dimensões biológica, pessoal ou psicológica e social, em busca de humanizar os procedimentos médicos e a ciência clínica no processo de saúde-doença^{21,28}.

O Modelo Biopsicossocial da Saúde, proposto por Engel e outros autores, voltava-se ao campo da medicina de forma geral, mas se tornou dominante na clínica da psiquiatria. Nesse modelo original não há a exploração da natureza da interação entre os níveis o biológico, psicológico e social, tendo ainda a dificuldade de apresentar um modelo conceitual para testar a hipóteses de como esses aspectos se relacionam com as condições de saúde²⁹.

O termo biopsicossocial se tornou um modelo teórico no campo da deficiência em 1987, com o pesquisador Gordon Waddel, em que incrementou a proposta de Engel ao fazer a relação causal entre os níveis bio-psico-social, para além de apenas descrevê-los, para ele "a desordem física, a angústia e o comportamento de doença combinam-se para produzir a deficiência"^{30,31}.

Posteriormente, Waddell e Aylward³² argumentaram que o modelo biopsicossocial é necessário, por entender que os modelos predominantes de deficiência não eram suficientes. Segundo os autores, o modelo biomédico reducionista; o modelo social da deficiência representa a perspectiva das pessoas com deficiência, que não está embasado em evidências científicas, tendo como insumo a experiência pessoal e nas opiniões das pessoas com deficiência, tendo como consequência a aceitação social e política consideráveis.

O Modelo Biopsicossocial foi incorporado a CIF, publicada pela OMS em 2001, trazendo o debate amplo do que é saúde, considerando os determinantes sociais e os impedimentos biológicos, mentais e psicológicos, trazendo a deficiência como resultado uma complexa relação de indivíduo e ambiente, traduzida em uma ferramenta capaz de avaliar situações de saúde globais em que as pessoas estão inseridas^{8,23,25}.

No Modelo Biopsicossocial há uma abordagem interacionista, no sentido de contemplar a interação entre os aspectos biológicos e o contexto social dos sujeitos, considerando os fatores individuais e ambientais, baseada na CIF. Nesse sentido, as categorias de fatores pessoais como gênero, sexualidade, raça, etnia e classe, por exemplo, podem ser determinantes na avaliação biopsicossocial da deficiência, tendo assim a caracterização enquanto “pessoa com deficiência” para políticas sociais³³.

Segundo Shakespeare¹⁹, para o modelo biopsicossocial o conceito de deficiência pode ser entendido como o “resultado das interações de fatores individuais e contextuais, que incluem impedimentos, personalidade, atitudes individuais, ambiente, política e cultura”.

Destaca-se que no Brasil o debate sobre o modelo teórico biopsicossocial da deficiência ainda é insipiente, devendo este ensaio abrir o diálogo com demais pesquisadores.

No campo legal, houve a aprovação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2007, ratificada no Brasil, com valor de emenda constitucional em 2009³⁴ e a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) em 2015³⁵, descrita na Tabela 1, para regulamentar a Convenção. Esses documentos reconhecem o mais amplo campo de direitos sociais e humanos para a população com deficiência.

Com a entrada da LBI em vigor, se tornou imperativo a implementação de um modelo de avaliação biopsicossocial para a concessão de benefícios sociais. No Governo Federal, até 2023 havia 31 políticas voltadas para as pessoas com deficiência, sendo que 22 delas necessitavam da avaliação biopsicossocial obrigatória em que a forma de se avaliar tem implicações³⁶.

Entretanto, apesar de se ter um texto legal claro do conceito de deficiência e de diretrizes da avaliação, as interpretações são distintas e estão em disputa no País. No plano acadêmico, o conceito é compreensível. Maior traduziu em linguagem simples: “deficiência é a soma das oportunidades perdidas”³⁷. Esse conceito se aproxima do modelo social que segundo Oliver³⁸ pode ser definido como tudo o que impõe alguma limitação às pessoas com deficiência. Seguindo este raciocínio, a avaliação para a caracterização da deficiência não pode ser meramente uma designação de uma CID. A LBI indicou que, quando necessária, a avaliação deve ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar considerando: “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”³⁵.

Essa definição legal da LBI se aproxima do conceito de Shakespeare³⁹, em que a deficiência é o resultado da interação de diversos fatores de nível individual e social. No nível individual, deve-se considerar o impedimento e seu impacto na funcionalidade, as consequências psicológicas de ter um impedimento, a personalidade, as crenças, valores e expectativas dos sujeitos, bem como as consequências psicológicas ou emocionais da forma como o indivíduo é tratado na sociedade. Em um nível mais amplo, da sociedade, precisa-se considerar os fatores ambientais e sociais, abrangendo renda, acesso a tecnologias assistivas, acesso a escolas, entre outras.

Deste modo, a avaliação biopsicossocial se propõe a englobar os diversos aspectos dos sujeitos avaliados, a fim de que as políticas sociais cheguem de forma equitativa nas pessoas com deficiência que necessitam.

5. Instrumentos de avaliação: disputas e possibilidades de mudanças sociais e nas políticas públicas

A discussão sobre o instrumento de avaliação biopsicossocial não é nova. Desde 2007, o Governo brasileiro vem investindo na criação e aprimoramento em diversas iniciativas na construção do método e instrumento de avaliação^{3,4,36,40}. A Tabela 2 detalha o percurso da Avaliação Biopsicossocial no Brasil.

Tabela 2. Percurso brasileiro da Avaliação Biopsicossocial para caracterização das pessoas com deficiência, Brasil, 2024

Ano	Atividade	Autor
2007	Institui Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizado no Brasil e definir a elaboração e adoção de um modelo único para todo o País.	Casa Civil da Presidência da República - Decreto de 26 de setembro de 2007
2008	Contratação do Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS) para criação do instrumento em parceria com o governo	Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
2011	Entrega do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) ao Governo Federal	Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS)
2013	Regulamenta a aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.	Casa Civil da Presidência da República - Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013
2013 - 2016	Validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IFBrA) para pessoas que buscavam a aposentadoria	UnB

2015	Aprovação da Lei Brasileira de Inclusão que estabelece que a avaliação da pessoa com deficiência, quando necessária, será biopsicossocial e interdisciplinar	Casa Civil da Presidência da República - Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.
2017	Instituição do Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência	Casa Civil da Presidência da República - Decreto nº8.954, de 10 de janeiro de 2017
2017 - 2018	Validação do IFBr para a população adulta	Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS)
2017 - 2019	Validação do IFBr para em pacientes com síndrome de amputação, Acidente Vascular Cerebral (AVC), lesão medular e com lombalgia	Pesquisadora da Universidade de São Paulo
2017 - 2019	Validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) para todas as idades e naturezas de impedimento	UnB
2019	Extinção do Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência	Casa Civil da Presidência da República - Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019
2020	Aprovação pelo Conselho Nacional de Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE) IFBrM como instrumento adequado de avaliação da deficiência a ser utilizado pelo Governo Brasileiro, conforme prevê a LBI	CONADE - Resolução de 10 de março de 2020
2020	Criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência	Casa Civil da Presidência da República - Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020
2021	Entrega do Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência e demais documentos produzidos, utilizando o IFBrM como um dos instrumentos de avaliação, com decisão sem participação social do CONADE	Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência
2022	Realização do 1º Seminário Brasileiro sobre Avaliação Biopsicossocial da Deficiência	Pesquisadores e organizações civis de defesa dos direitos das pessoas com deficiência
2023	Instituído um novo Grupo de Trabalho sobre Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência	Casa Civil da Presidência da República - Decreto nº 11.487, de 10 de abril de 2023
2024	Finalização do Grupo de Trabalho sobre Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência e apresentação do Relatório Final	Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Fonte: Elaboração pelos autores

Conforme percurso descrito na Tabela 2, foram anos de discussão até a elaboração e aprovação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) pelo Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE), que recomendou seu uso como a base da construção do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência⁴¹.

O IFBr Original foi validado duas vezes, sendo a primeira pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS)⁴² e a segunda por uma pesquisadora da Universidade de São Paulo⁴³. A segunda versão o (IFBrA) foi validado pela Universidade de Brasília, e está sendo utilizado atualmente para avaliar a redução do

tempo de contribuição das pessoas com deficiência que solicitam aposentadoria³⁶. A terceira versão, denominada IFBrM foi validado pela UnB, com investimento em recursos financeiros federais.

Esse instrumento foi criado com base no capítulo de atividades e participação da CIF e as pontuações são feitas tendo como fundamento a Medida de Independência Funcional (MIF). O IFBrM passou pelo processo de validação entre 2017 e 2019, com uma amostra de 8.795 pessoas, incluindo pessoas dos povos originários e quilombolas, em todas as regiões geográficas do País. O objetivo era aferir a acurácia do instrumento, para classificar se o indivíduo era uma pessoa com deficiência e, caso fosse, o grau de deficiência (leve, moderado ou grave). Ao final, o instrumento foi considerado válido nos aspectos científicos e técnicos, passando pelas três fases da validação (conteúdo, face e acurácia), podendo ser aplicado para qualquer tipo de deficiência, qualquer faixa etária e em qualquer local do País¹¹.

A inovação trazida por esse instrumento é a forma biopsicossocial de se avaliar, considerando que a deficiência é a soma dos impedimentos corporais com as barreiras ambientais, ao contrário do modelo anterior de avaliação, onde o primordial era a existência da CID, enquanto no IFBrM ele é um dos elementos a ser considerado, mostrando a mudança dos modelos teóricos. Na avaliação pelo IFBrM, a pessoa pode ser avaliada por qualquer profissional de saúde, entretanto diversos debates políticos ocorreram ao longo dos anos em que o impedimento precisaria ser caracterizado anteriormente da avaliação, para não infringir a legislação do ato médico⁴⁴. Assim, o indivíduo é avaliado, através do instrumento, por dois profissionais de nível superior de categorias profissionais distintas, ao mesmo tempo, e cada um atribui as pontuações que entenderem adequadas. Ao final, o sistema digital em que a avaliação foi realizada atribuiu a pontuação e a classificação.

A avaliação é sobre a funcionalidade das pessoas, que podem ter o mesmo CID e resultados diferentes na avaliação, já que os contextos sociais distintos são considerados por meio das barreiras que lidam em seu dia a dia. Essa é a característica marcante do modelo biopsicossocial. Não se parte apenas de impedimentos específicos para um resultado; parte-se da realidade individual de cada um, respeitando a história dos sujeitos e os contextos em que vivem.

Em 2020 foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) com o objetivo de propor um novo instrumento de avaliação com base no IFBrM e a forma de implantação do Sistema Unificado da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no

Brasil⁶. O Relatório Final desse GTI contou com duas propostas de instrumentos baseados no IFBrM, a primeira, oriunda da Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que incluiu uma tabela combinatória de outras duas avaliações para dar o resultado final; enquanto a segunda proposta, da Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (SNDPD), que mantém a avaliação de participação e restrição de participação do IFBrM com a inclusão de outros formulários que fazem a ponderação de acordo com fatores contextuais¹².

As justificativas aduzidas pelo GTI, para a alteração do IFBrM validado pela UnB, voltaram-se à necessidade de se adequar à realidade brasileira nos aspectos sociais, legislativos e principalmente econômicos. Na primeira proposta do GTI, os especialistas da Secretaria de Previdência partiram da premissa de que os impedimentos corporais (com designação de CID) necessitavam de avaliação com maior peso que o resultado do IFBrM, pois ele só avaliava a restrição de participação¹². A Secretaria de Previdência também adicionou um terceiro formulário de barreiras ambientais retirado da avaliação realizada para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). A primeira avaliação é a médica, avalia apenas o impedimento corporal e, caso seja negado, a pessoa não será avaliada nas demais etapas.

Caribé⁶ debateu que a valorização na pontuação do impedimento na proposta da Secretaria de Previdência não condiz com o modelo biopsicossocial, por desconsiderar que pessoas experimentam a deficiência em gradações diferentes tendo os fatores contextuais relacionados que podem atuar enquanto facilitadores ou barreiras das atividades da vida diária. De acordo com Oliver¹⁷, esse tipo de perspectiva volta-se para a construção cultural da deficiência enquanto doença que precisa de tratamento, dando um poder desproporcional aos profissionais da medicina que passariam a tomar decisões sobre o que as pessoas fazem, onde moram ou como vivem suas vidas.

Na segunda proposta, advinda da SNDPD, incluiu-se um novo formulário de identificação de fatores contextuais (sem outorga de peso), reformulação do formulário de impedimentos (também sem peso) e um segundo qualificador ao final, no qual muda-se a nota final da gradação sobre a deficiência. Esta alteração desconsidera a metodologia fuzzy como um elemento de ponderação utilizado na validação¹².

Nas duas propostas, justificaram-se as modificações porque a régua de pontuação da validação aumentaria o número de pessoas com deficiência no Brasil, considerando que as legislações brasileiras estão construídas de forma binária (é ou não é uma pessoa com deficiência). O acesso ao benefício não seria equitativo entre as pessoas com deficiência e se tornaria oneroso para o poder público¹².

Ao final, o Relatório do GTI é claro na indicação de que não houve consenso sobre a decisão da avaliação e que não houve participação do CONADE na decisão que afetaria milhões de brasileiros^{2,12}. Foi indicado que o impacto orçamentário e financeiro foi o fator determinante para aprovação da proposta da Secretaria de Previdência. Entretanto, a base da discussão foi um estudo metodologicamente inadequado comparando o resultado da avaliação da deficiência pelo IFBrM e pelo instrumento do BPC45, além de não respeitar a legislação vigente sobre as pessoas com deficiência, que garantem a participação das pessoas com deficiência em todas as instâncias de decisão. Cabe ressaltar que a comparação de dois instrumentos que possuem métricas e formatos diferentes é inconcebível para tirar conclusões com validade interna e externa.

Em abril de 2023, com o início de um novo governo brasileiro, foi instituído um novo Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência⁴⁶, no âmbito do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, com a competência de elaborar uma nova proposta de implantação e implementação da avaliação unificada, avaliar e finalizar o IFBrM; e planejar os processos formativos de equipes multiprofissionais que irão realizar as avaliações. Em maio de 2024 os trabalhos do GT foram encerrados com apresentação dos resultados, de forma virtual. Foi indicado a proposta da SNDPD apresentada no GT anterior do IFBrM foi mantida, com ajuste de nomenclatura de “Índice” para “Instrumento”, mas mantendo a sigla IFBrM⁴⁷.

Por fim, foi divulgado pela SNDPD que será estabelecido o Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência, tendo por base os resultados do GT estabelecido e o instrumento correlato da avaliação biopsicossocial referido no art. 2º da LBI, com a assinatura do Decreto de regulamentação durante a 5º Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em julho de 2024.

6. Considerações Finais

Mesmo sendo um tema debatido há mais de uma década, a avaliação biopsicossocial da deficiência permanece sem regulamentação até a finalização desse artigo. O propósito deste texto é trazer de forma rápida alguns subsídios para a discussão acadêmica, reforçando que a deficiência não é um CID, logo, a avaliação da deficiência deve preconizar a análise multifatorial, conforme define a LBI.

No campo popular, as pessoas têm suas próprias percepções do que é deficiência, sendo conceituada, para alguns, como uma tragédia pessoal. Mais que isso, quase todas as culturas entendem a deficiência como um problema que precisa ser resolvido^{9,19}. Avaliar primeiro o impedimento (CID) e ver o contexto depois reforça essa narrativa preconceituosa dentro da sociedade.

O Brasil se compromete internacionalmente a aplicar a Convenção no País, reconhece as pessoas com deficiência como cidadãos e aceita seu dever de garantir os direitos constitucionais. Entretanto, o acesso aos seus direitos está sendo negado, seja pela peregrinação entre políticas públicas, com diferentes lógicas de avaliação e parâmetros, ou pela ausência de recursos financeiros públicos levando à priorização de auxílios⁴.

A avaliação deve considerar todos os determinantes da deficiência, como o resultado multicausal, tendo fatores funcionais, ambientais e pessoais envolvidos¹⁹. A abordagem deve ser fundamentada em evidências, colocando como ponto central a pessoa-ambiente e como seu resultado interativo a deficiência. O atual Governo brasileiro parece que entendeu a urgência dessa avaliação e precisa resolver rápido como efetivá-lo na prática.

Entre os pontos urgentes que precisam ser definidos estão a construção do Sistema Unificado da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, com a constituição de uma rede de capacitação e certificação no País, onde se atrele os resultados ao Cadastro Inclusão, com uma interoperabilidade entre as políticas sociais, atendendo ao que se encontra previsto na LBI.

Existe uma recomendação do Grupo de Pesquisa da UnB¹¹, que validou o IFBrM que a avaliação seja realizada por profissionais de nível superior de diferentes categorias, desde que sejam qualificados com as mesmas diretrizes, parâmetros e procedimentos, com a formação continuada dos profissionais avaliadores, bem como o monitoramento dos resultados da implantação da avaliação biopsicossocial. A capacitação dos profissionais avaliadores é fundamental, para que entendam a lógica

da avaliação biopsicossocial e a importância do seu papel como meio de prover a equidade de oportunidades às pessoas com deficiência.

Mesmo com todos os desafios da construção e da implementação de um instrumento de avaliação da deficiência, é urgente e é preciso implementar a Avaliação Unificada Nacional, tornando uma realidade a visão integral proporcionada pelo modelo biopsicossocial na avaliação da deficiência e garantindo o respeito à legislação vigente, fruto de luta e conquista pelo movimento social das pessoas com deficiência.

Referências

1. Altman BM. Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Sage Publications Inc.; 2001:97-122.
2. Morais I de A. Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós? In: Costa LS, Amorim AC de, Gertner SR da CB, Machado K, Silva GM da, eds. Itinerário de Reflexões e Práticas de Acessibilidade e Inclusão: A Potência Do Fórum Interinstitucional. Fundação Oswaldo Cruz; 2023:353-362. Accessed February 27, 2024. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57248>
3. Barros AP do N. A Disputa Por Hegemonia Sobre a Concepção de Deficiência No Brasil a Partir Do Modelo Único de Avaliação Da Deficiência Entre Os Anos 2015 a 2022. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília; 2023.
4. Alves D, Barbosa De Alvarenga T, Paula A, et al. RELATÓRIO DE ANÁLISE EX ANTE DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO DA AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL DA DEFICIÊNCIA EXPEDIENTE.; 2021. Accessed December 6, 2021. https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Doc.14Relatorio_da_Analise_Ex_Ante_do_Sist._Unificado_v_final.pdf
5. Moises RR, Stockmann D. A pessoa com deficiência no curso da história: aspectos sociais , culturais e políticos. Published online 2020.
6. Caribé SRCSRCC. A Instrumentação Da Ação Pública Na Avaliação Biopsicossocial Da Deficiência: Uma Análise Da Experiência Brasileira. FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS ; 2022.

7. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Cien Saude Colet*. 2016;21(10):3007-3015. doi:10.1590/1413-812320152110.15262016
8. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11(2):324-335. doi:10.1590/s1415-790x2008000200014
9. Maior I. História , conceito e tipos de deficiência. 2009;1960:1-8. <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>
10. Adam S, Koutsoklenis A. Who needs the social model of disability? *Frontiers in Sociology*. Published online 2023. doi:10.3389/fsoc.2023.1305301
11. Barros AP do N, Pereira EL, Pereira LB, et al. Produto 11 – Documento Técnico e Analítico Final Do Projeto “Implementação Do Modelo Único de Avaliação e Valoração Da Deficiência: Uma Análise Do Processo de Validação Do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) Pelas Políticas Sociais Brasileiras.”; 2019.
12. Brasil. Relatório Final Do Grupo de Trabalho Interinstitucional Sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial Da Deficiência.; 2020. doi:10.415/2020
13. Brasil. Decreto No 914, de 6 de Setembro de 1993.; 1993. Accessed February 25, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0914.htm
14. Brasil. Lei No 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Published online 1993. Accessed December 16, 2022. https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2011/RESOLUCaO%20No%2027%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%202011.pdf
15. Oliver M. Social Policy and Disability: Some theoretical issues. *Disabil Handicap Soc*. 1986;1(1):5-17. doi:10.1080/02674648666780021
16. Diniz D. O Que é Deficiência? Vol 15.; 2007. http://www.travessa.com.br/O_QUE_E_DEFICIENCIA/artigo/ddb093e5-aa3f-4358-b9b4-8d50c1f8e535
17. Oliver M. The Social Model: History, Critique and Response. In: *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Second Edition. ; 2009:41-57. Accessed April 5, 2024. <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ICFHEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=michael+oliver+disability&ots=Ra>

In3lsZVS&sig=KTph5B2yMrYjCX0E_rUd2hXNI20#v=onepage&q=michael%20oliver%20disability&f=false

18. Abberley P. The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. *Disabil Handicap Soc.* Published online 1987:15.
19. Shakespeare T. *Disability Rights and Wrongs Revisited*. Second edition. Routledge; 2014.
20. Santos FL. História da deficiência: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial - concepções, limites e possibilidades. In: XVI Encontro Regional de História. ; 2018:1-12.
21. Engel GL. The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. *American Association for the Advancement of Science.* 1977;196(4286):129-136.
22. WHO. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps.*; 1980.
23. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2007;23(10):2507-2510. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/25.pdf>
24. Beaudry JS. Beyond (Models of) disability? *Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)*. 2016;41(2):210-228. doi:10.1093/JMP/JHV063
25. WHO, OPAS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) - Versão Em Português*. Centro Col. (Buchalla CM, ed.). Editora da Universidade de São Paulo; 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf;jsessionid=A1BDC8B2677B01423F8E60641F2D3C23?sequence=111
26. Lugg W. The biopsychosocial model – history, controversy and Engel. *Australasian Psychiatry.* 2022;30(1):55-59. doi:10.1177/10398562211037333
27. Mosey AC. An alternative: The biopsychosocial model. *American Journal of Occupational Therapy.* 1974;28:137-140. Accessed April 6, 2024. <https://psycnet.apa.org/record/1974-26135-001>
28. Engel GL. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535.
29. Van Oudenhove L, Cuyppers S. The relevance of the philosophical “mind-body problem” for the status of psychosomatic medicine: A conceptual analysis of the biopsychosocial model. *Med Health Care Philos.* 2014;17(2):201-213. doi:10.1007/s11019-013-9521-1

30. Shakespeare T, Watson N, Alghaib OA. Blaming the victim, all over again: Waddell and Aylward's biopsychosocial (BPS) model of disability. *Crit Soc Policy*. 2017;37:22-41.
31. Waddell G. A New Clinical Model for the Treatment of Low-Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1978;12:632-644. Accessed April 6, 2024. https://journals.lww.com/spinejournal/abstract/1987/09000/1987_Volvo_Award_in_Clinical_Sciences__A_New.2.aspx
32. Waddell G, Aylward M. *Models of Sickness and Disability: Applied to Common Health Problems*. Royal Society of Medicine Press; 2009.
33. Mello AG de, Aydos V, Schuch P. Aleijar as antropologias a partir das mediações da deficiência. *Horizontes Antropológicos*. 2022;28(64):7-29. doi:10.1590/S0104-71832022000300001
34. Brasil. Decreto No 6.949, de 25 de Agosto de 2009.; 2009:1-23.
35. Brasil. Lei No 13.146, de 6 de Julho de 2015.; 2015:1-30.
36. Bernardes LCG, Marcelino MA, Vilela LV de O. Avaliação Da Deficiência Para Acesso a Políticas Públicas: Contribuições Para Um Instrumento Unificado de Avaliação Da Deficiência.; 2024. doi:10.38116/td2979-port
37. Maior I. 1o Seminário Brasileiro Sobre Avaliação Biopsicossocial Da Deficiência - YouTube. Fiocruz; 2022. Accessed August 10, 2022. https://www.youtube.com/watch?v=0E_7A3ZiXPY
38. Oliver M. The Social Model in Context. In: Titchkosky T, Michalko R, eds. *Rethinking Normalcy: A Disability Studies Reader*. ; 2009:19-30. Accessed August 13, 2022. <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=1iJDh0ZGR1IC&oi=fnd&pg=PP1&dq=The+Disability+Studies+Reader&ots=CaDQyUdw-k&sig=0gYhGH6gCyWUR-WsvJ94ELoaxnl#v=onepage&q=The%20Disability%20Studies%20Reader&f=false>
39. Shakespeare T. *Disability : The Basics*.
40. Bernardes LCG. Avaliação Biopsicossocial da Deficiência: Como avançar para a inclusão efetiva? *Revista Reação*. Published online 2022. Accessed August 10, 2022. www.revistareacao.com.br
41. Conade CN dos D da P com D. Resolução No 01, de 05 de Março de 2020.; 2020. Accessed July 29, 2020. https://sei.mdh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=1231589&infra_siste...://www.mdh.gov.br

42. Biron L, Miranda K, Kanso S, et al. Pesquisa e Produção Do Conhecimento Para Disseminação Sobre Temas Diversos Da Pessoa Idosa.; 2018.
43. Coelho JN. Validação Do Índice de Funcionalidade Brasileiro e Descrição Do Perfil Funcional de Indivíduos Com Doença Neurovascular, Amputações, Lesão Medular e Lombalgia. Universidade de São Paulo; 2020. doi:10.11606/T.17.2020.TDE-20082020-115732
44. Brasil. Dispõe sobre o exercício da Medicina. LEI No 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013.; 2013. Accessed February 23, 2022. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm
45. Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania, Instituto Nacional do Seguro Social. Propostas Para o Instrumento e o Modelo Único de Avaliação Da Deficiência.; 2021.
46. Brasil. Decreto No 11.487, de 10 de Abril de 2023.; 2023. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Decreto/D11487.htm
47. Ministério de Direitos Humanos e da Cidadania. 19a Reunião Ordinária do GT sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência - YouTube. Published online May 24, 2024. Accessed July 5, 2024. <https://www.youtube.com/watch?v=dwqbOoRwsMc&t=1s>

5.2 O Artigo 2. Marcos legislativos do conceito de pessoa com deficiência e sua avaliação para concessão de direitos sociais no Brasil

Legislative Frameworks on the concept of person with disabilities and evaluation for the granting of social rights in Brazil

Resumo

O objetivo foi identificar os conceitos de pessoas com deficiência nas legislações federais e relacionar com os modelos teóricos sobre deficiência, bem como a avaliação da deficiência a partir destes. A metodologia foi análise documental no período de 1988 a 2023. Foram identificadas 94 legislações sobre os direitos das pessoas com deficiência, nas quais 30 foram incluídas no estudo. Identificou-se que 20 (67%) estão voltados ao Modelo Biomédicos, 10 (33%) ao Modelo Biopsicossociais e nenhuma legislação foi classificada como Modelo Social. Em relação às formas de avaliar a deficiência: 10 (33%) não informaram a forma de avaliação; 9 (30%) indicaram que seria a partir de laudo médico com a indicação do código da CID; 6 (20%) indicaram que a avaliação seria biopsicossocial por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Identificou-se que a avaliação da deficiência está em disputa no país, e com ausência de regulamentação as pessoas com deficiência têm seus direitos negados por algumas políticas públicas. Ademais, enquanto o modelo biopsicossocial trouxe ferramentas para definir deficiência, o modelo social nos deu ferramentas para mudar contextos.

Palavras-chave: Avaliação da Deficiência; Pessoas com Deficiência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Modelos Biopsicossociais;

Abstract

The objective was to identify the concepts of people with disabilities in federal legislation and relate them to theoretical models on disability, as well as the disability evaluation based on these. The methodology was document analysis in the period from 1988 to 2023. A total of 94 pieces of legislation on the rights of persons with

disabilities were identified, of which 30 were included in the study. It was identified that 20 (67%) are focused on the Biomedical Model, 10 (33%) on the Biopsychosocial Model, and no legislation was classified as a Social Model. Regarding the ways to assess disability: 10 (33%) did not inform the form of evaluation; 9 (30%) indicated that it would be based on a medical report indicating the ICD code; 6 (20%) indicated that the evaluation would be biopsychosocial by a multidisciplinary and interdisciplinary team. It was identified that the disability evaluation is in dispute in the country, and with the absence of regulation, the person with disabilities has their rights denied by some public policies. Moreover, while the biopsychosocial model brought tools to define disability, the social model gave us tools to change contexts.

Keywords: Disability Evaluation; International Classification of Functioning, Disability, and Health; Person with Disabilities; Functional evaluation; Environmental Factors

Introdução

O Brasil vem passando por mudanças culturais, sociais e legislativas sobre a incorporação das discussões internacionais e seu modo, além de definir um conceito sobre deficiência a ser incorporado à legislação e às políticas públicas. Isso implica avaliar e caracterizar uma pessoa com ou sem deficiência. Entretanto, há uma profusão de conceitos sobre deficiência que geram conflitos, contradições e confusão, por isso é necessário ter uma consistência de interpretações não apenas no campo da saúde, mas também no social, econômico e político¹.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) Contínua de 2022 estimou que existam 18,6 milhões de pessoas com deficiência de 2 anos ou mais de idade no país (8,9% da população), que apresentam alta vulnerabilidade social², devendo assim ter políticas sociais para diminuir as desigualdades e realizar a inclusão, contudo cada política adota um conceito e uma forma de se avaliar a elegibilidade³.

Avaliar uma pessoa para a concessão de direitos no Brasil é uma tarefa complexa. A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) de 2015, prevê que a avaliação da pessoa com deficiência deve ser biopsicossocial, realizada por equipe multidisciplinar e interdisciplinar, considerando: 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 participação⁴. Ainda não houve regulamentação legal dessa avaliação biopsicossocial, mantendo assim a avaliação por meio de um laudo expedido por médico indicando um código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) para as políticas públicas federais³.

Importante destacar que definições conceituais são explicações de forma simbólica como uma forma de comunicação e existem diversos modelos teóricos sobre deficiência no mundo⁵, mas essa discussão ampliada de modelos teóricos ainda é insipiente no Brasil.

No campo da deficiência no âmbito brasileiro, três importantes modelos teóricos têm sido discutidos¹², cada um com uma perspectiva específica sobre as pessoas com deficiência: Modelo biomédico, Modelo Social e o Modelo Biopsicossocial.

Os modelos teóricos têm o papel de interpretar situações da vida cotidiana e pensar como se seus contextos sociais e históricos fossem um dado. Os usos de uma teoria estão no diálogo entre sujeitos políticos e sociais, entre academia e movimentos sociais; uma abordagem escolhida é uma declaração política que pode mudar políticas públicas que afetam milhões de pessoas.

A definição de deficiência mudou ao longo dos séculos; seus termos são carregados de violência e eufemismos discriminatórios⁶. O campo da saúde, tendo como olhar histórico o biomédico, encontra na pessoa com deficiência a experiência da doença, tudo aquilo que é um desvio de normalidade, devendo ser curado ou reabilitado, com a visão baseada em seu impedimento nas funções e estruturas de seu corpo, de forma exclusiva^{7,8}. Esse olhar reducionista aos aspectos físicos e mentais dos sujeitos é a definição do modelo biomédico da deficiência, quando a ênfase é colocada nas incapacidades e limitações dos indivíduos, quando há a presunção de inferioridade fisiológica⁹.

Em contraponto ao modelo biomédico, encontra-se o Modelo Social da Deficiência, a partir dos movimentos sociais de pessoas com deficiência, no início da década de 1970¹⁰. A nova proposta desenvolveu-se à medida que as pessoas com deficiência começaram a entrar nesse contexto político e acadêmico, a fim de discutir suas realidades. Segundo Oliver¹¹ a deficiência "é a perda ou limitação das oportunidades de fazer parte da vida normal da comunidade em igualdade com os demais por questões barreiras físicas e sociais". Deste modo, a deficiência não era

biológica, mas parte de uma sociedade que oprime as pessoas, impedindo-as de participar da vida cotidiana. Esse modelo exige o reconhecimento das desvantagens sociais, financeiras, ambientais e psicológicas para as pessoas com deficiência e que estas têm origem social como produto histórico¹².

A sociedade é construída por e para pessoas sem deficiência, e as pessoas com deficiência são penalizadas com barreiras discriminatórias que os impedem de viver como os outros na sociedade, o que é reconhecido pelo Modelo Social. Entretanto, torna-se difícil avaliar e medir concretamente a opressão sofrida por uma pessoa com deficiência¹³. No entanto, o Modelo Social foi importante na modificação acadêmica da pesquisa e na construção de políticas públicas de proteção social no Brasil. Para deslocar a deficiência como sinônimo de limitação corporal, é necessário criar um conjunto de ações realizadas por diversos setores das instituições governamentais com estratégias práticas, para reduzir a experiência de exclusão das pessoas com deficiência¹³.

Essa dicotomia entre modelos sociais e médicos tem um longo debate, por isso têm surgido outros modelos, sendo o mais relevante o Modelo Biopsicossocial. Esse modelo teórico se propõe a considerar as duas perspectivas conceituais, conciliando o biomédico (impedimentos nas funções e estruturas do corpo) e o social (razões sociais, políticas, culturais e de impacto)¹³⁻¹⁵. A distinção entre pessoa com deficiência e pessoa sem deficiência não é tão simples, pois questões culturais, sociais, biológicas e psicológicas devem ser consideradas de acordo com o modelo biopsicossocial¹⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, em que traz para o debate esse Modelo Biopsicossocial, onde a deficiência é resultado da interação entre os aspectos biológicos, atividades e participação, fatores ambientais e fatores pessoais¹⁷. O uso da CIF foi recomendado pelo Relatório Mundial sobre Deficiência, em 2011, como ferramenta para construir um arcabouço do modelo biopsicossocial para que os países possam definir quem é uma pessoa com deficiência¹⁸.

A visão ampliada à experiência da deficiência influenciou a construção da definição do Modelo Biopsicossocial na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006. Esta convenção foi marco histórico porque estabeleceu uma nova estrutura

para a compreensão da deficiência, entendendo que embora tenha um conceito escrito entende que este está em constante evolução¹⁹. É importante comparar os modelos de deficiência, pois nos ajudam a entender o mundo e a forma como as leis foram construídas, e as consequências dessa escolha política para o acesso a políticas sociais. Os conceitos influenciam tratados, que afetam legislações, e que chegam à vida cotidiana das pessoas. Deste modo, este estudo tem por objetivo identificar os conceitos de pessoas com deficiência nas legislações federais brasileiras e relacionar aos modelos teóricos sobre deficiência, bem como indicar como se materializa a avaliação da deficiência a partir destes.

Metodologia

Realizou-se uma análise documental das leis publicadas pelo governo brasileiro desde a nova Constituição Federal de 1988, quando todo brasileiro passou a ser considerado cidadão, até dezembro de 2023. Para essa análise, foi fundamental analisar os aspectos de contexto, autor, autenticidade dos documentos, natureza do texto, conceitos e lógica de cada documento²⁰.

O Governo Federal do Brasil possui um repositório eletrônico oficial com leis de abrangência nacional, atualizado diariamente, denominada Legislação Federal (<https://legislacao.presidencia.gov.br>).

A pesquisa foi realizada com base no texto original da Lei 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). O repositório Legislação Federal possui uma ferramenta de encadeamento de legislações, que permitiu recuperar o histórico das legislações sobre pessoas com deficiência desde 1988, marco no direito brasileiro por causa da promulgação da Constituição Federal. A partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência foi possível elencar todas as legislações federais, em vigor ou revogadas. Foram incluídas todas as legislações sobre pessoa com deficiência e excluídas as que não possuíam definição conceitual ou forma de avaliação sobre pessoas com deficiência.

Após utilizar todos os recursos de conexão, o segundo passo foi a busca de documentos, artigos científicos, publicação de comunicações em congressos, teses, dissertações e documentos oficiais que mencionasse leis, com a questão de pesquisa que poderia não ter sido encontrada na primeira etapa. Utilizou-se a base de dados

no Google Acadêmico e SciELO Brasil, que apresenta documentos, teses e dissertações normalmente indisponíveis nas bases de dados tradicionais. Todas as referências bibliográficas foram verificadas no site oficial do Governo Federal.

A terceira etapa foi a categorização dos conceitos utilizando os três modelos de deficiência e indicação sobre a forma de avaliação (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição do percurso teórico-metodológico do estudo, Brasil, 2024.

Pergunta: Qual o conceito de Pessoa com Deficiência e forma de avaliação na legislação brasileira e o modelo teórico relacionado?				
Passos	Objetivo	Fontes de evidência	Técnicas de análise	Fundamentação teórica
1	Identificar quais legislações estão relacionadas à pessoa com deficiência e quais possuem conceito de deficiência e/ou avaliação	Página oficial eletrônica do Governo Federal do Brasil	Análise descritiva de cada documento	Análise Documental
2	Verificar com a literatura se havia menção a alguma outra lei com o conceito de deficiência não identificada anteriormente	Documentos, artigos, artigos e documentos oficiais no Google Acadêmico e SciELO Brasil	Análise descritiva de cada documento	Análise Documental
3	Categorizar os conceitos utilizando os três modelos de deficiência e forma de avaliação	A estrutura criada com as leis e os conceitos	Uma classificação elaborada pelos autores detalhada no Quadro 2	Modelo Médico Modelo Social Modelo Biopsicossocial
Produto: Um quadro com a análise das leis, definições, classificação do modelo de deficiência e tipos de avaliação				

Em todo o mundo, há muitas discussões teóricas sobre a deficiência ser frequentemente definida como um conceito "guarda-chuva", ou seja, um conceito amplamente abrangente. Nas discussões brasileiras, três modelos são objeto de debate legislativo e político; dessa forma, para a classificação da legislação, os seguintes conceitos serão utilizados (Quadro 2).

Quadro 2. Processo de análise da legislação para resposta à questão de estudo, Brasil, 2024

Item	Fundamentação Teórica	Pergunta
Conceito de Deficiência e forma de avaliação	O que a legislação entende e descreve a pessoa com deficiência e como avaliar	A legislação indica algum conceito de deficiência? A legislação indica como avaliar a deficiência?
Modelo Médico	Atributo ou característica do indivíduo, causada diretamente por doença, trauma ou outra condição de saúde, que requer algum tipo de intervenção de profissionais para curar, tratar ou reabilitar o "problema" ^{7,9}	O conceito está relacionado apenas com o impedimento físico ou mental?
Modelo Social	A deficiência é criada pelo contexto social que não está adaptado à diversidade dos corpos dos sujeitos ^{21,22}	O conceito está relacionado apenas com as barreiras do contexto social?
Modelo Biopsicossocial	A deficiência como restrição de participação, a partir da interação multifatorial de impedimentos biológicos, fatores pessoais e sociais ^{17,23}	O conceito está relacionado à relação entre impedimentos e fatores pessoais e sociais?

Resultados e Discussão

A caracterização da "deficiência" está sujeita a dinâmicas históricas e sociais decorrentes das transformações humanas, sendo, portanto, sujeitos e produtos de seu tempo⁶, tendo conceitos e formas de se avaliar a pessoa com deficiências diferentes para algumas legislações, outras se convergem no conceito, mas na forma de se avaliar. No período de 1988 a 2023 foram identificadas 94 legislações relacionadas aos direitos das pessoas com deficiência no Brasil, sendo 30 legislações selecionadas para este estudo que continham a definição de pessoa com deficiência e/ou avaliação da pessoa com deficiência, disponíveis integralmente no repositório Legislação Federal.

A legislação foi comparada com os três modelos teóricos: identificou-se que 20 (67%) estão voltados ao Modelo Biomédicos, 10 (33%) ao Modelo Biopsicossociais e nenhuma legislação foi classificada como Modelo Social. Em relação às formas de avaliar a deficiência: 10 (33%) não informaram a forma de avaliação; 9 (30%) indicaram que seria a partir de laudo médico com a indicação do código da CID ; 6 (20%) indicaram que a avaliação seria biopsicossocial por equipe multiprofissional e interdisciplinar; três (10%) seria por exame médico pericial; uma (3%) seria por exame

médico pericial e laudo médico; e, uma emissão de laudo por equipe multiprofissional. O resultado dessa avaliação está ilustrado no Quadro 3, e no apêndice encontram-se o detalhamento das análises realizadas para que possa ser objeto de discussão por mais pesquisadores.

Quadro 3. Análise das Legislações brasileiras relacionados ao modelo teórico e forma de avaliação da pessoa com deficiência ,1988 a 2023, Brasil.

Modelo Teórico	Tipo de Avaliação	Normas
Biomédico	Não Informado	Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993 ²⁴ Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 ²⁵ Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001 ²⁶ Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 ²⁷ Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014 ²⁸ Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021 ²⁹ Lei nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023 ³⁰
	Laudo médico com classificação CID	Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995 ³¹ Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 ³² Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003 ³³ Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 ³⁴ Decreto nº 10.882, de 3 de dezembro de 2021 ³⁵ Decreto nº 11.063, de 4 de maio de 2022 ³⁶ Lei nº 14.724, de 14 de novembro de 2023 ³⁷
	Laudo emitido por equipe multiprofissional	Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 ³⁸
	Laudo médico por exame pericial	Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008 ³⁹
	Exame pericial	Lei nº 14.176, de 22 de junho de 2021 ⁴⁰ Lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019 ⁴¹
	Avaliação biopsicossocial por equipe multidisciplinar	Decreto nº 10.654, de 22 de março de 2021 ⁴²
Biopsicossocial	Não Informado	Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 ¹⁹ Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011 ⁴³ Lei nº 14.287, de 31 de dezembro de 2021 ⁴⁴
	Laudo médico com classificação CID	Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 ⁴⁵ Decreto nº 8.145, de 3 de dezembro de 2013 ⁴⁶
	Exame pericial	Lei complementar nº 142, de 8 de maio de 2013 ⁴⁷
	Avaliação biopsicossocial por equipe multidisciplinar	Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 ⁴ Emenda constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019 ⁴⁸ Decreto nº 10.410 de 30 de junho de 2020 ⁴⁹ Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020 ⁵⁰ Decreto nº 11.487, de 10 de abril de 2023 ⁵¹

A menção à pessoa com deficiência na CF 1988 foi a primeira conquista do movimento social de pessoas com deficiência dos anos 1980⁸. Não há definição específica de deficiência nesse documento, mas a Emenda Constitucional nº 103/2019 fez algumas alterações ao incluir a avaliação biopsicossocial para caracterizar uma pessoa com deficiência no Artigo 201, que define as regras básicas para a concessão de benefícios previdenciários^{21,22}.

A primeira legislação definindo a pessoa com deficiência no ordenamento jurídico brasileiro foi pela Lei nº 914/1993²³. Nessa legislação, há uma aparente referência ao modelo médico, com a inferência sobre a normalidade dos corpos que não podem desempenhar atividades específicas. Essa legislação foi revogada pelo Decreto nº 3.298/1999, mas sua lógica médica foi mantida, complementando definições claras de deficiência física, auditiva, visual e mental²⁴. E essas leis especificam a falta de capacidade nas funções e estruturas do corpo, com exceção da deficiência intelectual. Esse tipo de definição de 1993 fortaleceu a ideia médica da deficiência como um problema individual, relegando às famílias a maior responsabilidade pelo cuidado e adaptação das pessoas com deficiência.

As autoridades adotaram uma visão biomédica, sendo que as definições se relacionavam de uma concepção de "normalidade", a partir da qual sujeitos que não possuíam deficiência determinavam quem eram as pessoas com deficiência. Ou seja, o profissional julgava a realidade do outro por sua própria ótica de aceitação de uma suposta normalidade. No entanto, a experiência da pessoa com deficiência na sociedade é mais complexa do que poderia ser categorizado dessa forma e, em muitos casos, não requer intervenção médica¹³.

Segundo Beaundry²⁵, os países podem ter uma definição médica de deficiência como uma responsabilidade individual, mas assumiram a responsabilidade de "ajudar" com esse "problema" nas últimas décadas. Essa posição é o que ocorreu no Brasil, o que pode ser explicado pelo contexto social e político do processo de construção de um Estado de bem-estar social após muito tempo de Ditadura Militar, o entanto é um processo em construção até hoje.

O processo de estabelecimento de políticas inclusivas é uma caracterização do Modelo Social da Deficiência. A definição de deficiência relacionada a esse modelo não foi encontrada na legislação brasileira deste estudo; no entanto, isso influenciou a construção de políticas sociais. Para Shakespeare¹³, o modelo social da deficiência é simples, eficaz e memorável. Esta foi uma boa ferramenta para a mudança social;

inicialmente, era fácil explicar uma agenda de mudança de política. Em segundo lugar, ao identificar barreiras sociais, o modelo social mostra-se como uma ferramenta prática para eliminá-las e promover a inclusão. Por fim, esse modelo repercutiu psicologicamente nas pessoas com deficiência na construção de uma identidade coletiva, evidenciando que a deficiência não é um fracasso individual.

A Lei de Acessibilidade (Lei nº 10.098/2000) indica a necessidade de tornar espaços públicos e privados acessíveis para as pessoas com deficiência. Inicialmente na Lei de 2000, a definição de pessoa com deficiência como “a que temporária ou permanentemente tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo”²⁶. A sua regulamentação foi realizada pelo regulamentada Decreto nº 5.296/2004²⁷, que traz conceitos médicos para definir; por exemplo, a deficiência física se apresenta na forma de paraplegia; deficiência auditiva definida como perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis. Essas definições buscam captar a experiência da deficiência e parametrizar enquanto uma doença específica no CID, a fim de que políticas sociais sejam concedidas. Ao definir deficiência, há uma repercussão na vida das pessoas, podendo segregá-las ou emponderá-las. Uma consequência é negar a diversidade da experiência da deficiência, que é diversa considerando o contexto social brasileiro.

O princípio da legislação de acessibilidade é a eliminação de barreiras na sociedade, características do Modelo Social; no entanto, define as pessoas com deficiência por seus impedimentos físicos e mentais, como no modelo biomédico. Com essa definição estritamente médica da lei de 2004, as condições de saúde foram incorporadas ao longo dos anos de modo que as pessoas com deficiência foram consideradas, tendo as legislações sobre Transtorno do Espectro Autista (Lei nº 12.764/2012²⁸) e Visão Monocular (Lei nº 14.126/2021²⁹) como exemplos.

A partir do Decreto nº 5.296/2004 apenas os médicos fazem avaliação da deficiência, pois somente eles têm permissão legal para diagnosticar e designar um CID para indivíduos, de acordo com a Lei do Ato Médico⁴⁵. Além disso, após muitos debates internacionais, identificou-se que a deficiência resulta de diversos determinantes sociais e de saúde e que outras categorias profissionais com diferentes saberes poderiam contribuir para "olhar" para a deficiência.

A grande mudança no paradigma legislativo veio com a CDPD (Decreto nº 6.949/2009⁵), com um novo conceito de deficiência, e que deve ser base para a construção de todas as futuras políticas sociais. É interessante destacar que, a partir

da convenção, a terminologia para se referir a esses sujeitos mudou. A construção cultural e legislativa do Brasil utilizava os termos "pessoa portadora de deficiência", "pessoa com necessidades especiais" e "pessoas portadoras de necessidades especiais", mudando para "pessoa com deficiência", adotando principalmente a afirmação dos movimentos sociais de que a deficiência é uma característica de uma pessoa, e não a identidade da pessoa⁸.

O Brasil, como muitos outros países que adotaram a CDPD, usou os requisitos robustos e prospectivos desse documento para contribuir para diminuição da discriminação e promover a inclusão, lutas das próprias pessoas com deficiência e seus aliados (pessoas sem deficiência). Eles propuseram várias leis, regulamentos e processos de avaliação da deficiência visando o acesso aos seus direitos humanos fundamentais previstos na CDPD, entretanto há uma procissão para seu reconhecimento enquanto sujeito de direitos, pois cada política adota um conceito e forma de avaliar³. Além disso, algumas legislações adotaram o conceito biopsicossocial de deficiência, mas a avaliação permanece com a perspectiva biomédica a partir de exame médico pericial e laudo médico com o CID.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC)³⁰ é uma política pública que se alterou conceitualmente e na forma de se avaliar, a qual consiste um salário-mínimo de benefício mensal às pessoas com deficiência e ao idoso, conforme previsto na Constituição. Em 1993, entendia-se que a pessoa com deficiência era aquela “incapacitada para a vida independente e para o trabalho”, com a sua identificação por meio de laudo emitido por equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)³⁰.

Posteriormente, em 1995, foi alterado para “aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho³¹”. Em 2007, já alinhado a discussões iniciais do Modelo Biopsicossocial no Brasil, o conceito foi alterado para pessoas cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho, entendendo que a incapacidade seria um “fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social³²”. Nas legislações posteriores o conceito de deficiência adotado foi o previsto na CDPD, embora a avaliação se

mantivesse médica e funcional, a Lei Complementar nº142/2013 previu que o grau de deficiência deveria ser medido por instrumento desenvolvidos para este fim³³.

A LBI (Lei nº 13.146/2015) estava em tramitação legislativa no Congresso Nacional desde 1996. Com a ratificação da CDPD, foi necessário rediscutir a proposta promovendo um amplo debate com os grupos diretamente envolvidos em reuniões, audiências públicas e seminários⁸. Essa lei ratifica o Modelo Biopsicossocial da Deficiência à legislação brasileira, sendo prevista a caracterização de quem é pessoa com deficiência por meio de avaliação biopsicossocial por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

No entanto, para que essa caracterização prevista na LBI seja colocada em prática, é necessária regulamentação pelo Poder Executivo com indicação do instrumento de avaliação, publicado por meio de decreto presidencial. Atualmente no Brasil, há duas políticas públicas que utilizam um instrumento biopsicossocial para avaliação baseados na CIF: o instrumento do BPC da assistência social, que foi produzido em 2009 para incorporar o Modelo Biopsicossocial e está na sua terceira versão; e, o Índice de Funcionalidade Brasileiro para redução do tempo para Aposentadoria (IFBrA). Ambos os instrumentos são utilizados pelo INSS para avaliação de elegibilidade para políticas sociais e previdenciárias.

Conceitualmente, a percepção biopsicossocial amplia a visão desses sujeitos além das questões biológicas da legislação anterior que caracteriza uma pessoa com deficiência exclusivamente por impedimentos. No entanto, houve uma mudança legal importante pela Lei nº 13.846/2019³⁴, em que indica como atribuição essencial e exclusiva do Perito Médico da Previdência Social a realização de exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência prevista na LBI, no âmbito federal, para fins previdenciários, assistenciais e tributários. Não foram identificados textos normativos, artigos científicos ou falas institucionais publicadas que justifiquem essa decisão legislativa, no qual infere-se que foi uma decisão de caráter político e não técnico. Apesar das muitas lutas em que as pessoas com deficiência, suas famílias e aliados se envolveram, argumentamos que é necessário de definir uma forma unificada de avaliação da deficiência, pois atualmente a avaliação permanece principalmente nas mãos dos médicos conforme as legislações publicadas entre 2019 à 2023³⁵⁻³⁹.

Em complemento, o Decreto nº 11.063/2022³⁶ estabelecendo os critérios e requisitos para a avaliação de pessoas com deficiência para concessão de isenção

do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis, que será aplicado até a regulamentação e implementação da avaliação biopsicossocial. Como não há regulamentação, os critérios permanecem os do Decreto nº 5.296/2004, trazendo de volta todas as definições clínicas para caracterizar quem é a pessoa com deficiência. Para ter acesso a essa política é necessário apresentar laudo de avaliação contendo o CID.

Atualmente, no Brasil, a forma de medir e caracterizar quem tem direito às políticas de acesso para pessoas com deficiência é difusa para 30 políticas públicas federais³. Os conceitos e parâmetros de avaliação são definidos por cada um dos órgãos gestores da política, o que gera desgaste para a pessoa com deficiência, sua família, bem como para o Estado "porque o processo avaliativo é permeado por retrabalho, desperdício de recursos, rotinas e procedimentos ineficientes, ultrapassados e onerosos"³. Essa profusão de conceitos era o que Altman¹ apresentava como problemática em 2001, em que quanto mais complexo o fenômeno social a ser definido, maior é a variedade de formas de se operacionalizar.

De acordo com os achados, foi possível constatar que a legislação brasileira tem majoritariamente como base o Modelo Biomédico da Deficiência. Entretanto, ao mudar para a perspectiva de que a deficiência resulta de interações entre impedimentos e fatores ambientais e pessoais que afetam seu desempenho na vida diária, algumas pessoas podem não ser mais consideradas como pessoas com deficiência. Assim, existem disputas políticas em curso: gestores que buscam a economia de recursos; instituições representativas de pessoas com deficiência que buscam que sua condição de saúde seja reconhecida como pessoa com deficiência, sem avaliação biopsicossocial; e, categorias profissionais em que desejam ter exclusividade e centralidade na avaliação⁴⁰.

Para mitigar esse problema social, político e financeiro, houve a proposta de criação de um "Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência", com base no conceito da LBI, utilizando o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) como instrumento de avaliação. Esse instrumento seria aplicado por diferentes categorias profissionais com o treinamento intensivo⁴. O IFBrM foi validado em pesquisa com 8.795 pessoas em todo o Brasil, em todas as regiões geográficas, correspondendo a 17.590 avaliações entre 2017 e 2019⁴¹. O IFBrM foi aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE) para ser utilizado na avaliação da deficiência conforme previsto na LBI.

O Decreto nº 10.415/2020⁴² o criou o Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. Os trabalhos desse grupo foram finalizados em outubro de 2021, com a publicação do relatório final em 3 de dezembro de 2021. Este grupo, entretanto, aprovou um instrumento que valorizava a avaliação médica, tendo um peso maior na avaliação de acordo com o CID, em que mesmo que o IFBrM indicasse pessoa com deficiência grave o que prevalecia era a avaliação médica inicial. Com essa mudança, a deficiência deixava de ser definida pela restrição de participação decorrente de impedimentos e barreiras ambientais, voltando ao foco do comprometimento das funções corporais. A aprovação desse relatório não foi unânime e não contou com a participação do CONADE^{40,41,43}.

Com a instalação de um novo governo, a discussão foi retomada com um novo GTI pelo Decreto nº 11.487/2023³⁹, que tem o prazo até o final de 2024 para avaliar e finalizar o IFBrM, propor os processos de implantação e de implementação da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência no Brasil, e planejar os processos de formação e de qualificação das equipes para aplicação. Destaca-se que neste último ponto, reforça-se a necessidade de se incluir outros profissionais para realizar a avaliação da deficiência, além das categorias profissionais de medicina e assistência social, que realizam a avaliação no âmbito do INSS⁴⁴⁴⁵⁴⁶. Essa ampliação fortalecerá a avaliação biopsicossocial. Simultaneamente, é necessário que os profissionais pensem a deficiência além do modelo médico, superando seus preconceitos, pois mesmo utilizando novas linguagens a avaliação da deficiência precisa estar centrada para além do corpo (suas funções e estruturas), mas em como esse corpo está no contexto e nas relações com o mundo⁴⁷.

Conclusão

Este artigo buscou realizar o levantamento das legislações brasileiras sobre o conceito de pessoa com deficiência e a avaliação necessária para sua caracterização para o estado brasileiro, a fim de realizar o comparativo com os três principais modelos teóricos sobre deficiência na literatura. Foi evidenciado que o Modelo Biomédico afetou a maior parte construção das legislações, que embora tenhamos o Modelo Biopsicossocial a partir do conceito sobre deficiência da CDPD, integralizada no corpo jurídico com a LBI, ainda está em disputa como a avaliação deve ser feita. Com essa

falta de padronização, pessoas com deficiência têm seus direitos negados por algumas políticas públicas, levando à constante judicialização³.

Os modelos de deficiência têm o potencial de aprofundar nossa avaliação da deficiência, suas múltiplas realidades, e como entender e até mesmo medir essas realidades quando necessário. Depois de muitos anos avaliando a deficiência sob a perspectiva médica, o Brasil construiu, desde a década de 1990, uma série de políticas públicas baseadas no Modelo Social que buscavam romper barreiras sociais. Enquanto o modelo biopsicossocial trouxe ferramentas para definir deficiência, o modelo social nos deu ferramentas para mudar contextos.

O debate brasileiro sobre avaliação está intrínseco aos Modelos Teóricos e como conceituamos a deficiência, se ela está no corpo dos sujeitos, se está na sociedade ou se está na interação destes dois. Entretanto, deve-se pontuar que essas discussões estão ocorrendo em todas as partes em eventos acadêmicos, de gestores de políticas públicas, controle social, instituições representativas de pessoas com deficiência, campo jurídico e legislativo. É urgente a necessidade de que tenhamos de forma clara a definição do conceito sobre deficiência e que sua interpretação seja popularmente conhecida, pois a partir disso podemos ter uma avaliação biopsicossocial que reflète a realidade das pessoas com deficiência no Brasil, visando à construção de políticas públicas e à concessão de benefícios que promovam a equidade e a igualdade de oportunidades.

Conclui-se que o conceito da CDPD e a LBI devem ser adotados em todas as legislações brasileiras, e aquelas contrárias devem ser revogadas. Essa definição deixa claro que a deficiência é multidimensional e resulta de níveis individuais e sociais multifatoriais.

Entende-se que os profissionais habilitados para realização da avaliação da deficiência precisam ter um treinamento de forma contínua, para que consigam ter a mudança de preconceitos formulados em sua formação sobre o Modelo Biomédico para o Modelo Biopsicossocial.

O impedimento será avaliado por médico capacitado, com a caracterização de existência alteração na função e estruturas do corpo e da mente, conforme previsto na Lei do Ato Médico, indicando a natureza do impedimento como físico, auditivo, visual, intelectual e/ou mental. Além disso, o médico deve indicar se o impedimento é transitório ou permanente. Após essa etapa, a pessoa passará pela avaliação biopsicossocial com o IFBrM, aplicado por dois profissionais de nível superior

habilitados. Esses profissionais devem considerar os impedimentos já identificados por médico e avaliar os impactos nas atividades e participação, bem como as barreiras ambientais. Além das discussões teóricas, reafirmamos que o empoderamento das pessoas com deficiência deve ser preservado durante o processo avaliativo.

Ao mudar a forma de avaliar a deficiência, serão promovidas mudanças na forma de formulação de políticas públicas para as pessoas com deficiência no País. São necessárias mudanças para a gestão financeira e burocrática em larga escala no Brasil, que entendemos que o governo ainda não está pronto para realizar.

Referências

1. Altman BM. Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M, eds. *Handbook of Disability Studies*. Sage Publications Inc.; 2001:97-122.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pessoas com Deficiência 2022 - PNAD contínua contínua Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Published online 2023:1-16. Accessed February 17, 2024. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.
3. Alves D, Barbosa De Alvarenga T, Paula A, et al. *RELATÓRIO DE ANÁLISE EX ANTE DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO DA AVALIAÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL DA DEFICIÊNCIA EXPEDIENTE.*; 2021. Accessed December 6, 2021. https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Doc.14Relatorio_da_Analise_Ex_Ante_do_Sist._Unificado_v_final.pdf
4. Brasil. *Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015.*; 2015:1-30.
5. Adam S, Koutsoklenis A. Who needs the social model of disability? *Frontiers in Sociology*. Published online 2023. doi:10.3389/fsoc.2023.1305301
6. Moises RR, Stockmann D. A pessoa com deficiência no curso da história: aspectos sociais , culturais e políticos. Published online 2020.
7. Maior I. História , conceito e tipos de deficiência. 2009;1960:1-8. <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>
8. Madeira IM, Maior L. *Movimento Político Das Pessoas Com Deficiência: Reflexões Sobre a Conquista de Direitos*. Vol 10. Inc.Soc; 2017. Accessed February 14, 2021. <http://lattes.cnpq.br/7691713950451253>

9. Bernardes LCG. Bioética deficiência e políticas públicas: uma proposta de análise a partir da abordagem da capacidade. Published online 2016:271. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/22355>
10. Diniz D. *O Que é Deficiência?* Vol 15.; 2007. http://www.travessa.com.br/O_QUE_E_DEFICIENCIA/artigo/ddb093e5-aa3f-4358-b9b4-8d50c1f8e535
11. Oliver M. Social Policy and Disability: Some theoretical issues. *Disabil Handicap Soc.* 1986;1(1):5-17. doi:10.1080/02674648666780021
12. Abberlley P. The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. *Disabil Handicap Soc.* Published online 1987:15.
13. Shakespeare T. *Disability Rights and Wrongs Revisited*. Second edition. Routledge; 2014.
14. Santos FL. História da deficiência: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial - concepções, limites e possibilidades. In: *XVI Encontro Regional de História.* ; 2018:1-12.
15. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Cien Saude Colet.* 2016;21(10):3007-3015. doi:10.1590/1413-812320152110.15262016
16. Engel GL. The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. *American Association for the Advancement of Science.* 1977;196(4286):129-136.
17. WHO. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.*; 2004.
18. WHO, World Bank. *World Report on Disability.*; 2011.
19. Brasil. *Decreto Nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009.*; 2009:1-23.
20. Cechinel A, Pereira Fontana SA, Pazeto Della Giustina K, Serafim Pereira A, Salvador do Prado S. Estudo/Análise Documental: Uma Revisão Teórica E Metodológica. *Criar Educação.* 2016;5(1). doi:10.18616/ce.v5i1.2446
21. Brasil P da R. *Constituição Da República Federativa Do Brasil de 1988.*; 1988. Accessed July 14, 2020. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
22. Brasil. *Emenda Constitucional Nº 103, de 12 de Novembro de 2019.*; 2019. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm

23. Brasil. *Decreto Nº 914, de 6 de Setembro de 1993.*; 1993. Accessed February 25, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0914.htm
24. Brasil. *Decreto Nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999.*; 1999. Accessed July 21, 2020. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm
25. Beaudry JS. Beyond (Models of) Disability? *J Med Philos.* 2016;41(2):210. doi:10.1093/JMP/JHV063
26. Brasil. *Lei Nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000.* Accessed February 25, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm
27. Brasil. *Decreto Nº 5.296, de 2 de Dezembro de 2004.*; 2004. Accessed July 26, 2020. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm
28. Brasil. *Lei Nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012.* Accessed December 6, 2021. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm
29. Brasil. *LEI Nº 14.126, de 22 de Março de 2021.*; 2021. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14126.htm
30. Brasil. Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. *Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.* Published online 1993. Accessed December 16, 2022. https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2011/RESOLUCaO%20No%2027%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%202011.pdf
31. Brasil. *DECRETO No 1.744, DE 8 DE DEZEMBRO DE 1995.*; 1995. Accessed December 6, 2021. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d1744.htm
32. Brasil. *Decreto Nº 6.214, de 26 de Setembro de 2007.*; 2007. Accessed February 25, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm#
33. Brasil. *Lei Complementar Nº 142, de 8 de Maio de 2013.*; 2019. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp142.htm
34. Brasil. *Lei Nº 13.836, de 4 de Junho de 2019.* Presidência da República; 2019. Accessed August 3, 2020. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13836.htm
35. Brasil. *Lei Nº 13.846, de 18 de Junho de 2019.*; 2019. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13846.htm

36. Brasil. *Decreto Nº 11.063, de 4 de Maio de 2022* .; 2022. Accessed July 21, 2022. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-11.063-de-4-de-maio-de-2022-397571363>
37. Brasil. *LEI Nº 14.287, DE 31 DE DEZEMBRO DE 2021*.; 2021. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14287.htm
38. Brasil. *Decreto Nº 10.882, de 3 de Dezembro de 2021*.; 2021. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/d10882.htm#
39. Brasil. *Decreto Nº 11.487, de 10 de Abril de 2023*.; 2023. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Decreto/D11487.htm
40. SÉRGIO RICARDO COSTA CARIBÉ. *A INSTRUMENTAÇÃO DA AÇÃO PÚBLICA NA AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL DA DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA BRASÍLIA 2022*. FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS ; 2022.
41. Morais I de A. Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós? In: Costa LS, Amorim AC de, Gertner SR da CB, Machado K, Silva GM da, eds. *Itinerário de Reflexões e Práticas de Acessibilidade e Inclusão: A Potência Do Fórum Interinstitucional*. Fundação Oswaldo Cruz; 2023:353-362. Accessed February 27, 2024. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57248>
42. Brasil. *DECRETO Nº 10.415, DE 6 DE JULHO DE 2020*.; 2020. Accessed December 6, 2021. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10415.htm
43. Bernardes LCG. AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL DA DEFICIÊNCIA: COMO AVANÇAR PARA A INCLUSÃO EFETIVA? *Revista Reação*. Published online 2022. Accessed August 10, 2022. www.revistareacao.com.br
44. Brasil. *Decreto Nº 8.145, de 3 de Dezembro de 2013*.; 2013. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8145.htm
45. Brasil. *DECRETO Nº 10.410 DE 30 DE JUNHO DE 2020*.; 2020. Accessed December 6, 2021. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10410.htm

46. Brasil. *Lei Nº 14.176, de 22 de Junho de 2021.*; 2021. Accessed February 19, 2024. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14176.htm
47. Shakespeare T. UNDERSTANDING DISABILITY. In: *Disability: The Basics*. Taylor & Francis Group; 2017:1-23. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/nyulibrary-ebooks/detail.action?docID=4941592>.

Apêndice. Análise das legislações sobre conceito e avaliação da pessoa com deficiência entre 1988 e 2023 no Brasil.

nº	Legislação	Ano	Vigência	Conceito sobre Deficiência	Modelo Teórico	Avaliação da deficiência
1	Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993	1993	Não	Art. 3º Considera-se pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.	Biomédico	Não informado
2	Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993	1993	Sim	"Art. 20. § 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho. § 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. § 6º A deficiência será comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social."	Biomédico	Laudo emitido por equipe multiprofissional
3	Decreto no 1.744, de 8 de dezembro de 1995	1995	Não	II - pessoa portadora de deficiência: aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho; Art. 14. A deficiência será comprovada mediante avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS ou do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. 1º Na inexistência de equipe multiprofissional no município o beneficiário poderá apresentar, no mínimo, dois pareceres técnicos, sendo um emitido por profissional da área médica, e outro por profissional das áreas terapêutica ou educacional, ou ainda laudo emitido por uma entidade de reconhecida competência técnica.	Biomédico	Laudo médico com o CID
4	Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999	1999	Sim	Art. 3o Para os efeitos deste Decreto, considera-se: I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de	Biomédico	Laudo médico com o CID

				<p>deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.</p> <p>Art. 4o É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:</p> <p>I - deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;</p> <p>II - deficiência auditiva – perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte: a) de 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve; b) de 41 a 55 db – surdez moderada; c) de 56 a 70 db – surdez acentuada; d) de 71 a 90 db – surdez severa; e) acima de 91 db – surdez profunda; e f) anacusia;</p> <p>III - deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações; IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização da comunidade; e) utilização dos recursos da comunidade; f) saúde e segurança; g) lazer; e h) trabalho;</p> <p>V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.</p>		
5	Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001	2001	Sim	Artigo 1. Deficiência. O termo "deficiência" significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.	Biomédico	Não informado
6	Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000	2000	Sim	III – pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida: a que temporária ou permanentemente tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo;	Biomédico	Não informado
7	Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003.	2003	Sim	Art. 1o Ficam isentos do Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI os automóveis de passageiros de fabricação nacional, equipados com motor de cilindrada não superior a dois mil centímetros cúbicos, de no mínimo quatro portas inclusive a de acesso ao bagageiro, movidos a combustíveis de origem renovável ou sistema reversível de combustão, quando adquiridos por:	Biomédico	Laudo médico com o CID
				IV – pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas, diretamente ou por intermédio de seu representante legal;		

				<p>§ 1o Para a concessão do benefício previsto no art. 1o é considerada também pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</p> <p>§ 2o Para a concessão do benefício previsto no art. 1o é considerada pessoa portadora de deficiência visual aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20°, ou ocorrência simultânea de ambas as situações.</p> <p>§ 4o A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, nos termos da legislação em vigor e o Ministério da Saúde definirão em ato conjunto os conceitos de pessoas portadoras de deficiência mental severa ou profunda, ou autistas, e estabelecerão as normas e requisitos para emissão dos laudos de avaliação delas.</p>		
8	Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.	2004	Sim	<p>§ 1o Considera-se, para os efeitos deste Decreto:</p> <p>I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei no 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:</p> <p>a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;</p> <p>b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;</p> <p>c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;</p> <p>d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: 1. comunicação; 2. cuidado pessoal; 3. habilidades sociais; 4. utilização dos recursos da comunidade; 5. saúde e segurança; 6. habilidades acadêmicas; 7. lazer; e 8. trabalho;</p> <p>e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências;</p> <p>II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora</p>	Biomédico	Não informado

				de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.		
9	Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.	2007	Sim	Art. 4º Para os fins do reconhecimento do direito ao benefício, considera-se: II - pessoa com deficiência: aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho; III - incapacidade: fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social; IV - família incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou do idoso: aquela cuja renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes seja inferior a um quarto do salário mínimo; Art. 50. Parágrafo único. A avaliação da deficiência e da incapacidade, até que se cumpra o disposto no § 4º do art. 16, ficará restrita à avaliação médica.	Biomédico	Laudo médico com o CID
10	Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008.	2008	Sim	Art. 4º § 2º Para fins de reconhecimento do direito ao Benefício de Prestação Continuada às crianças e adolescentes menores de dezesseis anos de idade, deve ser avaliada a existência da deficiência e o seu impacto na limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social, compatível com a idade, sendo dispensável proceder à avaliação da incapacidade para o trabalho. § 3º Para fins do disposto no inciso V, o filho ou o irmão inválido do requerente que não esteja em gozo de benefício previdenciário ou do Benefício de Prestação Continuada, em razão de invalidez ou deficiência, deve passar por avaliação médica pericial para comprovação da invalidez.” (NR) Art. 16. § 3º As avaliações de que trata o § 1º deste artigo serão realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo serviço social do INSS, por meio de instrumentos desenvolvidos especificamente para este fim. “Art. 50. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o INSS terão prazo até 31 de maio de 2009 para implementar a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade prevista no art. 16. Parágrafo único. A avaliação da deficiência e da incapacidade, até que se cumpra o disposto no § 4º do art. 16, ficará restrita ao exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do INSS.” (NR)	Biomédico	Exame médico pericial e laudo
11	Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.	2009	Sim	Artigo 1. 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.	Biopsicossocial	Não informado
12	Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.	2011	Não	Art. 2º São consideradas pessoas com deficiência 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.	Biopsicossocial	Não informado

13	Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.	2012	Sim	<p>§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:</p> <p>I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;</p> <p>II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.</p> <p>§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. "Art. 3º-A . É criada a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.</p> <p>§ 1º A Ciptea será expedida pelos órgãos responsáveis pela execução da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante requerimento, acompanhado de relatório médico, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)</p>	Biomédico	Laudo médico com o CID
14	Lei complementar nº 142, de 8 de maio de 2013	2013	Sim	<p>Art. 2o Para o reconhecimento do direito à aposentadoria de que trata esta Lei Complementar, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem 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 igualdade de condições com as demais pessoas. Art. 4o A avaliação da deficiência será médica e funcional, nos termos do Regulamento.</p> <p>Art. 5o O grau de deficiência será atestado por perícia própria do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, por meio de instrumentos desenvolvidos para esse fim.</p>	Biopsicossocial	Exame médico pericial
15	Decreto nº 8.145, de 3 de dezembro de 2013	2013	Sim	<p>Art. 70-D. Para efeito de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência, compete à perícia própria do INSS, nos termos de ato conjunto do Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dos Ministros de Estado da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Advogado-Geral da União:</p> <p>I - avaliar o segurado e fixar a data provável do início da deficiência e o seu grau; e</p> <p>II - identificar a ocorrência de variação no grau de deficiência e indicar os respectivos períodos em cada grau.</p> <p>§ 1º A comprovação da deficiência anterior à data da vigência da Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013, será instruída por documentos que subsidiem a avaliação médica e funcional, vedada a prova exclusivamente testemunhal.</p> <p>§ 2º A avaliação da pessoa com deficiência será realizada para fazer prova dessa condição</p>	Biopsicossocial	Laudo médico com o CID

				exclusivamente para fins previdenciários. § 3º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem 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 igualdade de condições com as demais pessoas.		
16	Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014	2014	Sim	Art. 1º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. Parágrafo único. Aplicam-se às pessoas com transtorno do espectro autista os direitos e obrigações previstos na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, e na legislação pertinente às pessoas com deficiência.	Biomédico	Não informado
17	Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.	2015	Sim	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.	Biopsicossocial	Avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional e interdisciplinar
18	Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019	2019	Sim	Art. 23. § 5º Para o dependente inválido ou com deficiência intelectual, mental ou grave, sua condição pode ser reconhecida previamente ao óbito do segurado, por meio de avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, observada revisão periódica na forma da legislação.; Art. 40 - § 4º-A. Poderão ser estabelecidos por lei complementar do respectivo ente federativo idade e tempo de contribuição diferenciados para aposentadoria de servidores com deficiência, previamente submetidos a avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar; Art. 201. I - com deficiência, previamente submetidos a avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar;	Biopsicossocial	Avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional e interdisciplinar
19	Lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019	2019	Sim	“Art. 30. § 3º São atribuições essenciais e exclusivas dos cargos de Perito Médico Federal, de Perito Médico da Previdência Social e, supletivamente, de Supervisor Médico-Pericial da carreira de que trata a Lei nº 9.620, de 2 de abril de 1998, as atividades médico-periciais relacionadas com: § 3º . V - o exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência de que trata o § 1º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), no âmbito federal, para fins	Biomédico	Exame médico pericial

				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;		
20	Decreto nº 10.410 de 30 de junho de 2020	2020	Sim	<p>§ 8º Para o exercício de suas competências, o INSS terá acesso às informações do segurado relativas aos períodos em que tenha sido registrada deficiência leve, moderada ou grave, identificada em decorrência de avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, para fins de reconhecimento e manutenção de direitos.</p> <p>§ 9º No caso de dependente inválido ou com deficiência intelectual, mental ou grave, para fins de inscrição e concessão de benefício, a invalidez será comprovada por meio de exame médico-pericial a cargo da Perícia Médica Federal e a deficiência, por meio de avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar. III - auxílio por incapacidade temporária e aposentadoria por incapacidade permanente nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho e nos casos de segurado que, após filiar-se ao RGPS, seja acometido de alguma das doenças ou afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Economia, atualizada a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado;</p> <p>“Art. 70-A. A concessão da aposentadoria por tempo de contribuição ou por idade ao segurado que tenha reconhecido, após ter sido submetido a avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, grau de deficiência leve, moderada ou grave está condicionada à comprovação da condição de pessoa com deficiência na data da entrada do requerimento ou na data da implementação dos requisitos para o benefício.” (NR)</p> <p>“Art. 70-D. Para efeito de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência, a avaliação de que trata o art. 70-A deverá, entre outros aspectos:</p> <p>§ 1º A comprovação da deficiência anterior à data da vigência da Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013, será instruída por documentos que subsidiem a avaliação de que trata o art. 70-A, vedada a prova exclusivamente testemunhal.</p> <p>“Art. 70-H. A critério do INSS, o segurado com deficiência deverá, a qualquer tempo, submeter-se à avaliação de que trata o art. 70-A.</p>	Biopsicossocial	Avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional e interdisciplinar
21	Decreto nº 10.415, de 6 de julho de 2020	2020	Sim	<p>Art. 1º Fica instituído o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência.</p> <p>Art. 2º Ao Grupo de Trabalho Interinstitucional compete formular propostas sobre:</p> <p>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</p> <p>II - a criação e a alteração de atos normativos necessários à implementação unificada da avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal.</p> <p>Parágrafo único. O Grupo de Trabalho Interinstitucional utilizará o Índice de Funcionalidade Brasileiro</p>	Biopsicossocial	Avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional e interdisciplinar

				Modificado como instrumento-base para a elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência.		
22	Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021	2021	Sim	Art. 1º Fica a visão monocular classificada como deficiência sensorial, do tipo visual, para todos os efeitos legais. Parágrafo único. O previsto no § 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), aplica-se à visão monocular, conforme o disposto no caput deste artigo.	Biomédico	Não informado
23	Decreto nº 10.654, de 22 de março de 2021	2021	Sim	Art. 1º Este Decreto dispõe sobre a avaliação biopsicossocial da visão monocular para fins de reconhecimento da condição de pessoa com deficiência. Art. 2º A visão monocular, classificada como deficiência sensorial, do tipo visual, pelo art. 1º da Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021, será avaliada na forma prevista nos § 1º e § 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para fins de reconhecimento da condição de pessoa com deficiência.	Biomédico	Avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional e interdisciplinar
24	Lei nº 14.176, de 22 de junho de 2021	2021	Sim	“Art. 20-B. Na avaliação de outros elementos probatórios da condição de miserabilidade e da situação de vulnerabilidade de que trata o § 11 do art. 20 desta Lei, serão considerados os seguintes aspectos para ampliação do critério de aferição da renda familiar mensal per capita de que trata o § 11-A do referido artigo: I – o grau da deficiência; § 3º O grau da deficiência de que trata o inciso I do caput deste artigo será aferido por meio de instrumento de avaliação biopsicossocial, observados os termos dos §§ 1º e 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), e do § 6º do art. 20 e do art. 40-B desta Lei. Art. 3º Para avaliação da deficiência que justifica o acesso, a manutenção e a revisão do benefício de prestação continuada de que trata o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, fica o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) autorizado a adotar as seguintes medidas excepcionais, até 31 de dezembro de 2021: I – realização da avaliação social, de que tratam o § 6º do art. 20 e o art. 40-B da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, por meio de videoconferência; e II – concessão ou manutenção do benefício de prestação continuada aplicado padrão médio à avaliação social, que compõe a avaliação da deficiência de que trata o § 6º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, desde que tenha sido realizada a avaliação médica e constatado o impedimento de longo prazo.	Biomédico	Exame médico pericial
25	Decreto nº 10.882, de 3 de dezembro de 2021	2021	Sim	Art. 2º Para fins deste Decreto, considera-se: I - beneficiário - independentemente de qualquer outra deficiência ou dificuldade, a pessoa: a) cega; b) com deficiência visual que não possa ser corrigida ou para quem é impossível realizar a leitura de material impresso de forma substancialmente equivalente à de uma pessoa sem essa deficiência; c) com dificuldade de percepção ou de leitura considerada incorrigível, ou para quem é impossível	Biomédico	Laudo médico com o CID

				<p>realizar a leitura de material impresso de forma substancialmente equivalente à de uma pessoa sem essa dificuldade; ou</p> <p>d) com deficiência física que torne impossível sustentar ou manipular um livro, focar ou mover os olhos de forma apropriada à leitura. § 1º Até a implementação da avaliação biopsicossocial de que trata o § 1º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, a comprovação das deficiências ou dificuldades previstas no inciso I do caput poderá ser realizada por meio de:</p> <p>a) laudo assinado por profissional habilitado em área de conhecimento relevante para a caracterização da deficiência; ou</p> <p>b) avaliação psicopedagógica realizada por profissionais ou equipes da escola ou do sistema de ensino, quando aplicável.</p>		
26	Lei nº 14.287, de 31 de dezembro de 2021	2021	Sim	<p>IV - pessoas com deficiência física, visual, auditiva e mental severa ou profunda e pessoas com transtorno do espectro autista, diretamente ou por intermédio de seu representante legal;</p> <p>§ 1º Considera-se pessoa com deficiência aquela com impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, conforme avaliação biopsicossocial prevista no § 1º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).</p> <p>§ 1º-A. Enquanto o Poder Executivo não regulamentar o § 1º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), não será exigida, para fins de concessão do benefício fiscal, a avaliação biopsicossocial referida no § 1º deste artigo.</p>	Biopsicossocial	Não informado
27	Decreto nº 11.063, de 4 de maio de 2022	2022	Sim	<p>Parágrafo único. Aplica-se o disposto neste Decreto até que se proceda à regulamentação e à implementação da avaliação biopsicossocial de que trata o § 1º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência.</p> <p>Art. 2º Para fins do disposto neste Decreto, considera-se pessoa com deficiência a que se enquadrar em, no mínimo, uma das seguintes categorias:</p> <p>I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarrete o comprometimento da função física, sob a forma de:</p> <p>a) paraplegia; b) paraparesia; c) monoplegia; d) monoparesia; e) tetraplegia; f) tetraparesia; g) triplegia; h) triparesia; i) hemiplegia; j) hemiparesia; k) ostomia; l) amputação ou ausência de membro; m) paralisia cerebral; n) nanismo; ou o) membros com deformidade congênita ou adquirida;</p> <p>II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de 41 dB (quarenta e um decibéis) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz (quinhentos hertz), 1.000 Hz (mil hertz), 2.000 Hz (dois mil hertz) e 3.000 Hz (três mil hertz);</p> <p>III - deficiência visual:</p> <p>a) cegueira, na qual a acuidade visual seja igual ou menor que cinco centésimos no melhor olho, com a melhor correção óptica; b) baixa visão, na qual a acuidade visual esteja entre três décimos e cinco centésimos no melhor olho, com a melhor correção óptica; c) casos em que a somatória da medida do</p>	Biomédico	Laudo médico com o CID

				<p>campo visual em ambos os olhos seja igual ou menor que sessenta graus; ou d) ocorrência simultânea de quaisquer das condições previstas nas alíneas “a”, “b” e “c”; e</p> <p>IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:</p> <p>a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho.</p> <p>Parágrafo único. Para fins do disposto neste Decreto, não se incluem no rol das deficiências físicas as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho das funções locomotoras da pessoa. § 1º Na hipótese de deficiência mental, o preenchimento do laudo de avaliação atenderá à codificação da Classificação Internacional de Doenças - CID-10, contemplados, única e exclusivamente, os níveis severo ou profundo da deficiência mental.</p> <p>§ 2º Na hipótese de transtorno do espectro autista, o preenchimento do laudo de avaliação atenderá à codificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e da CID-10, contemplados o transtorno autista (F.84.0) e o autismo atípico (F.84.1).</p> <p>Art. 3º Até a implementação e a estruturação das perícias médicas de que trata o art. 21 da Lei nº 13.846, de 18 de junho de 2019, a comprovação da deficiência e da condição de pessoa com transtorno do espectro autista, para fins de concessão da isenção de que trata o art. 1º, será realizada por meio de laudo de avaliação emitido:</p> <p>I - por prestador de serviço público de saúde;</p> <p>II - por serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS;</p> <p>III - pelo Departamento de Trânsito - Detran ou por suas clínicas credenciadas; ou</p> <p>IV - por intermédio de serviço social autônomo, sem fins lucrativos, criado por lei, na hipótese de não emissão de laudo de avaliação eletrônico.</p> <p>§ 1º Na hipótese de deficiência mental, o preenchimento do laudo de avaliação atenderá à codificação da Classificação Internacional de Doenças - CID-10, contemplados, única e exclusivamente, os níveis severo ou profundo da deficiência mental.</p> <p>§ 2º Na hipótese de transtorno do espectro autista, o preenchimento do laudo de avaliação atenderá à codificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e da CID-10, contemplados o transtorno autista (F.84.0) e o autismo atípico (F.84.1).</p>		
28	Lei nº 14.724, de 14 de novembro de 2023	2023	Sim	<p>Art. 15. O art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:</p> <p>“Art. 2 § 3º O exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência de que trata o § 1º deste artigo poderá ser realizado com o uso de tecnologia de telemedicina ou por análise documental conforme situações e requisitos definidos em regulamento.” (NR)</p>	Biomédico	Laudo médico com o CID

29	Decreto nº 11.487, de 10 de abril de 2023	2023	Sim	<p>Art. 1º Fica instituído o Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência no âmbito do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania.</p> <p>Art. 2º Ao Grupo de Trabalho compete:</p> <p>I- subsidiar a elaboração de proposta da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência e seu instrumento correlato, conforme o disposto no art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015;</p> <p>II - propor os processos de implantação e de implementação da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência perante a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;</p> <p>III - avaliar e finalizar o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado - IFBrM, consideradas as especificidades do ato normativo da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência; e</p> <p>IV - planejar os processos de formação e de qualificação das equipes para aplicação da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência.</p>	Biopsicossocial	Avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional e interdisciplinar
30	Lei nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023	2023	Sim	<p>Art. 1º Considera-se deficiência auditiva a limitação de longo prazo da audição, unilateral total ou bilateral parcial ou total, a qual, em interação com uma ou mais barreiras, obstrui a participação plena e efetiva da pessoa na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.</p> <p>§ 1º Para o cumprimento do disposto no caput deste artigo, adotar-se-á, como valor referencial da limitação auditiva, a média aritmética de 41 dB (quarenta e um decibéis) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz (quinhentos hertz), 1.000 Hz (mil hertz), 2.000 Hz (dois mil hertz) e 3.000 Hz (três mil hertz).</p> <p>§ 2º Além do disposto no § 1º deste artigo, outros instrumentos constatarão a deficiência auditiva, em conformidade com a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).</p> <p>Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação e terá vigência até que sejam criados e implementados os instrumentos de avaliação previstos no § 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).</p>	Biomédico	Não informado

5.3 O Artigo 3. Fatores Pessoais na Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil, 2018 a 2019

Personal Factors in the Biopsychosocial Disability Evaluation in Brazil, 2018 to 2019.

Resumo:

Na Lei Brasileira de Inclusão a avaliação da deficiência para as políticas sociais brasileira deve ser biopsicossocial. Assim, foi realizada a validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), para classificar se o indivíduo era uma pessoa com deficiência e, caso fosse, a graduação, considerando os impedimentos, barreiras ambientais e a restrição de participação. Este artigo tem por objetivo avaliar a associação entre fatores pessoais e grau de deficiência entre os participantes acima de 18 anos. A amostra foi de 4.065 indivíduos, tendo como desfecho o grau de deficiência: ausente; leve; moderada; grave. Como exposição as variáveis de Fatores Pessoais: faixa etária, sexo, cor ou raça, tipo de domicílio, estado civil, zona de ocupação do domicílio, escolaridade. Foi elaborado um modelo de regressão logística multinomial, e para mensurar a probabilidade de associação, a categoria “ausente” foi considerada a referência de análise. A partir dos coeficientes do modelo, foram calculadas as razões de chances (*Odds Ratio*), para cada categoria e seus respectivos intervalos de confiança, ao nível de 95%. Foi utilizado o teste de hipótese Qui-quadrado para testar a significância geral do modelo e, para mensurar a significância das variáveis preditoras individualmente, foi usado o teste de Wald, ambos com um nível de significância $p < 0,05$. Os resultados deste estudo apontam que os fatores pessoais, ser do sexo masculino, não ter tido relacionamento, estar na faixa etária de 18 a 59 anos e com baixa escolaridade, estão associados à maior chance de deficiência grave.

Palavras-Chave: Avaliação da Deficiência; Pessoas com Deficiência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Fatores Pessoais; Modelo Biopsicossocial;

Abstract:

In the Brazilian Law of Inclusion, disability evaluation for Brazilian social policies must be biopsychosocial. Thus, the validation of the Modified Brazilian Functionality Index (IFBrM) was carried out to classify whether the individual was a person with a disability and, if so, graduation, considering impairments, environmental barriers, and participation restrictions. This article aims to evaluate the association between personal factors and the degree of disability among participants over 18 years of age. The sample consisted of 4,065 individuals, with the following outcomes: absent; mild; moderate; and severe. The following variables were presented: age group, sex, color or race, type of household, marital status, area of occupation of the household, and schooling. A multinomial logistic regression model was developed, and to measure the probability of association, the "absent" category was considered the reference for analysis. From the coefficients of the model, the odds ratios were calculated for each category and their respective confidence intervals, at the level of 95%. The Chi-square hypothesis test was used to test the overall significance of the model, and the Wald test was used to measure the significance of the predictor variables individually, both with a significance level of $p < 0.05$. The results of this study indicate that personal factors, being male, not having had a relationship, being in the age group of 18 to 59 years, and with low schooling, are associated with a higher chance of severe disability.

Keywords: Disability Evaluation; Person with Disabilities; International Classification of Functioning, Disability, and Health; Environmental Factors, Biopsychosocial Model

1. Introdução

A Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), aprovada pela Organização das Nações Unidas em 2007, trouxe a participação social das pessoas com deficiência como um direito primário, tendo grande influência de fatores contextuais para que possam exercer desse direito

em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Mudou-se o conceito de deficiência para “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”¹, tendo sido lançado o desafio de se medir e classificar quem são as pessoas com deficiência a partir do Modelo Biopsicossocial².

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada em 2001 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é precursora dessa forma de entender a deficiência como resultado de um processo dinâmico de relações entre condições de saúde, funções e estruturas do corpo, participação, atividades e fatores contextuais. Essa classificação tem por objetivo padronizar a linguagem internacional, a partir de um modelo de funcionalidade em que possíveis determinantes da saúde ou fatores de risco são incorporados ao se pensar os componentes da qualidade de vida, incluindo os fatores ambientais e pessoais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive. De tal modo, os fatores contextuais são importantes para descrever o histórico dos indivíduos e seus modos de vida³.

Os fatores contextuais, de acordo com a CIF, se dividem em Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. Os Fatores Ambientais aqueles externos aos indivíduos, classificados pela CIF em cinco categorias: produtos e tecnologias; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano; apoio e relacionamentos; atitudes; serviços, sistemas e políticas. Já os Fatores Pessoais dizem respeito às suas características únicas enquanto sujeito, como gênero, sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, criação, formas de enfrentamento, antecedentes sociais, escolaridade, profissão, entre outros aspectos únicos dos sujeitos³.

Os Fatores Pessoais representam variáveis que influenciam a funcionalidade e por consequência a participação social, por exemplo, não conseguir emprego por falta de instrução profissional em vez de não estudar por dificuldades de funcionalidade ou problemas no ambiente. Estes fatores não foram classificados na CIF atualmente, por apresentarem uma grande variação social e cultural entre países³. Segundo a OMS, há ainda uma falta de clareza

do escopo desses fatores para serem incorporados na CIF, pois essa classificação foi construída para descrever a funcionalidade, saúde e deficiência. Alguns dos aspectos citados possuem variações extremas e dependência contextual⁴.

Geyh e colaboradores⁵, em sua revisão sistemática sobre os fatores pessoais, trouxe a necessidade de estabelecimento de um padrão ou classificação por parte da CIF, considerando-os significativos no seu impacto na funcionalidade e deficiência. Há estudos que propõem um tipo de classificação que busca fornecer uma descrição de um campo particular para auxiliar na redução das complexas informações, definir conceitos, a fim de permitir distinções e comparações entre eles e esclarecer suas relações⁶⁻⁸.

Ademais, o papel dos fatores contextuais ganhou destaque nos últimos anos considerando que o Modelo Biopsicossocial proposto pela CIF, contribuiu ao melhor entendimento do caráter multifatorial. Ao mesmo tempo, reconhece que a deficiência é experimentada de forma diferente pelas pessoas com a mesma condição de saúde sob a influência de fatores pessoais e ambientais^{9,10}. As condições em saúde são influenciadas por e, por sua vez, influenciam os fatores pessoais e ambientais. Percebe-se que o quesito socioeconômico é central para entender o surgimento de algumas condições de saúde, assim como a restrição à participação⁹.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) Contínua de 2022 estimou que existam 18,6 milhões de pessoas com deficiência de 2 anos ou mais de idade, o que representa 8,9% da população brasileira. Associado à deficiência, essas pessoas têm um nível de ocupação menor (26,6%) comparado às pessoas sem deficiência (60,7%); menor rendimento médio real do trabalho principal, em média R\$ 1.860,00 em contraposição à média de R\$ 2.690,00 para a população restante; a taxa de analfabetismo maior em todas as faixas etárias comparada à média nacional, bem como a taxa de escolarização. Deste modo, os dados da PNAD Contínua demonstram a alta vulnerabilidade que as pessoas com deficiência possuem no país¹¹.

Nesse sentido, a avaliação da deficiência para efeitos de concessão de benefícios sociais, enfrenta desafios por se tratar de um conceito complexo, dinâmico e multidimensional. Embora o modelo completo da CIF tenha uma

linguagem padronizada mundialmente para avaliar a deficiência, ela não fornece operacionalização específica dos conceitos para essa finalidade¹².

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI), publicada em 2015, trouxe o desafio de que a avaliação seria biopsicossocial, realizada de forma multidisciplinar, considerando os impedimentos corporais; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, bem como a funcionalidade e a restrição de participação¹³.

Existem algumas ferramentas internacionais que avaliam e classificam as pessoas com deficiência por gradação, como o Model Disability Survey (MDS) e o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) publicados pela OMS, já traduzidos e validados transculturalmente para o Brasil¹⁴⁻¹⁶. Em contraponto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza-se dos questionários propostos pelo Washington Group on Disability Statistics da ONU para realização dos inquéritos de Censo Demográficos, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e PNAD Contínua^{11,17}. Todos estes instrumentos são baseados no Modelo Biopsicossocial da CIF, da CDPD e da LBI, o que difere são as métricas e padrão ouro utilizado.

Considerando essa diversidade de instrumentos, o Governo brasileiro investiu na criação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) com o objetivo principal de se obter um instrumento que avaliasse a deficiência a partir do perfil populacional brasileiro, a fim de caracterizar as pessoas com deficiência para políticas sociais¹⁸. Este instrumento chegou a sua terceira versão intitulada Índice de Funcionalidade Brasileira Modificado (IFBrM), a qual teve seu processo de validação, a partir das fases: Validação de Conteúdo (2017), Validação de Face e Validação de Acurácia (2018 e 2019)^{19,20}.

O diferencial deste instrumento é a matriz avaliativa que utiliza os itens de atividades e participação da CIF, com a escala de pontuação adaptada da Medida de Independência Funcional (MIF), corrigida pelo modelo linguístico *Fuzzy* de acordo com a natureza do impedimento relacionado aos domínios do instrumento. Assim, para cada atividade há quatro pontuações (100, 75, 50 e 25) que indicam o nível de independência para realização de cada uma das atividades. A pontuação 100 é dada quando o indivíduo consegue fazer sozinho uma atividade; 75 se a atividade é feita com ajuda de algum produto, tecnologia ou de forma adaptada em relação ao uso convencional; 50 se é feita com ajuda

de terceiros em alguma etapa da atividade; e 25 se houver uma dependência total de terceiros para sua realização. Caso a pessoa não realizasse a atividade de forma independente (notas 75, 50, 25), o avaliador precisava indicar qual o Fator Ambiental que influenciava como barreira para que essa pessoa não atingisse a nota 100, podendo assinalar mais de uma categoria. Ademais, outros Fatores Pessoais foram coletados na pesquisa em um formulário específico de identificação do participante¹⁹.

O objetivo da validação do IFBrM era aferir a acurácia do instrumento, para classificar se o indivíduo era uma pessoa com deficiência e, caso fosse, o grau de deficiência (sem deficiência, leve, moderado ou grave). Ao final, o instrumento foi considerado válido nos aspectos científicos e técnicos¹⁹.

Este artigo faz parte da pesquisa de validação realizada, tendo por objetivo avaliar a associação entre fatores pessoais e grau de deficiência entre os sujeitos avaliados acima de 18 anos.

2. Métodos

A pesquisa de validação do IFBrM contou com 8.795 indivíduos de todas as faixas etárias, em todas as regiões geográficas do País. Contudo, para este estudo serão considerados 4.065 participantes acima de 18 anos, o que representa 46,2% do total nas etapas de validação acurácia, que ocorreu entre 2018 e 2019. A coleta de dados, se deu por profissionais de saúde capacitados oriundo de Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e instituições filantrópicas parceiras que atuam com o público com deficiência.

No estudo de validação, entendeu-se que seria necessário estabelecimento de quotas igualitárias de 288 por tipo de impedimento (físico, auditivo, intelectual, mental, visual) e faixa etária, sendo incluídos todos os sujeitos que voluntariamente responderam a pesquisa e excluídos os que possuíam idade menor que 18 anos. Nesse sentido, a amostragem deste estudo não permite a inferência de seus resultados para a população com deficiência no Brasil.

Foi considerado como desfecho do estudo o grau de deficiência categorizado em: ausente; leve; moderada; grave. Como exposição foram consideradas as variáveis de fatores pessoais: faixa de idade, sexo, cor ou raça, tipo de domicílio, estado civil, zona de ocupação do domicílio, escolaridade.

O IFBrM possui quatro formulários: (1) Identificação do avaliado e da avaliação (com preenchimento pelo avaliador do tipo de impedimento de natureza física, mental, intelectual, visual ou auditiva do avaliado); (2) Formulário de Funções Corporais acometidas (preenchido exclusivamente por profissionais médicos); (3) A Matriz com domínios e atividades por faixas etárias; e, (4) Modelo Linguístico Fuzzy¹⁹. Este estudo teve como desfecho o grau de deficiência: ausente; leve; moderada; ou, grave, que é o resultado dos formulários 3 e 4. Como exposição foram considerados os fatores pessoais dos participantes descritos no formulário 1. O instrumento completo e a lógica de avaliação podem ser encontrados no sítio eletrônico do FalaBR em que o Ministério de Direitos Humanos e da Cidadania disponibilizou o relatório completo da pesquisa entregue pela Universidade de Brasília²¹.

A variável faixa de idade foi classificada em duas categorias: entre 18 e 59 anos e 60 anos ou mais, que foram usadas tanto para a análise descritiva como para o modelo logístico multinomial. Optou-se por separar a faixa de idade maior de 60 anos para testar se a chance de possuir um nível grave da deficiência seria maior nessa idade.

A variável “raça ou cor” foi coletada em cinco categorias: amarela, branca, indígena, parda e preta. Essa variável foi recategorizada em quatro categorias, pois os autodeclarados pretos e pardos foram agrupados na categoria “negros”.

Para uma análise mais clara, a variável "estado civil" foi inicialmente dividida em seis categorias e posteriormente simplificada para três, visando à análise multinomial. As novas categorias são: "nunca em relacionamento estável", abarcando indivíduos solteiros; "em relacionamento estável", que combina casados e aqueles em união estável; e "foi em relacionamento estável", englobando divorciados, separados e viúvos.

A variável “tipo de domicílio” foi coletada em 14 categorias e simplificada em “domicílio particular”, que inclui apartamentos e casas; “domicílio particular

precário”, que inclui tenda ou barraco; “domicílio particular rural” que inclui sítio; “domicílio coletivo”, incluindo alojamento para trabalhadores, albergue, hotel ou pensão e similares, terra ou reserva indígena, outros (trailer, vagão entre outros), comunidade quilombola, ocupação e “domicílio coletivo supervisionado”, que inclui instituições de acolhimento ou de cumprimento de medidas socioeducativas. Essa simplificação foi usada no modelo logístico multinomial.

Para a escolaridade, que foi coletada em 11 categorias, foram considerados apenas os graus de instrução que foram completos por cada um dos entrevistados, com as categorias “nenhuma escolaridade”, “fundamental completo”, “médio completo”, “superior completo” e “pós-graduação completa”.

Foi elaborado um resumo descritivo apresentando as frequências e percentuais das características demográficas da população (sexo, faixa etária, escolaridade, raça, estado civil, tipo de domicílio e local de domicílio) em relação à gravidade da deficiência. Inicialmente, foi testada a associação bruta entre cada grupo de variáveis e a gravidade, por meio do teste Qui-quadrado, a um nível de significância de 0,05.

Foi elaborado um modelo de regressão logística multinomial, do tipo log-linear, usando parâmetros padrão do pacote nnet²². Como variáveis explicativas foram escolhidas a raça ou cor, escolaridade, estado civil, faixa etária, localização do domicílio, tipo de domicílio e o sexo.

Como variável resposta foi definida a variável gravidade da deficiência. A gravidade da deficiência foi classificada em quatro níveis: “ausente”, “leve”, “moderada” e “grave”. Para mensurar a probabilidade de associação dos níveis de gravidade às demais variáveis, a categoria “ausente” foi considerada a referência para esta análise.

Foram usadas métricas para avaliar a qualidade do modelo. A acurácia (proporção de predições corretas em relação ao número total de previsões), a precisão (proporção de casos positivos previstos corretamente em relação ao número total de casos previstos como positivos), o *recall* (proporção de casos/eventos positivos previstos corretamente em relação ao número total de casos/eventos positivos reais) e o *score* F1 (medida combinada da precisão e *recall* que fornece um balanceamento entre as duas métricas).

A partir dos coeficientes do modelo, foram calculadas as razões de chances (*Odds Ratio*), para cada categoria e seus respectivos intervalos de confiança, ao nível de 95%. Foi utilizado o teste de hipótese Qui-quadrado para testar a significância geral do modelo e, para mensurar a significância das variáveis preditoras individualmente, foi usado o teste de Wald, ambos com um nível de significância $p < 0,05$.

As análises foram realizadas por meio da linguagem R, versão 4.1.3 e sua interface de programação *RStudio* versão 1.1.14.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília e, sequencialmente, apresentado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), CAAE: 92261518.0.3002.0008. Medidas foram tomadas para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados coletados, protegendo assim a privacidade dos participantes. Partes da caracterização da população de estudo foram publicadas em relatórios de pesquisa e outros artigos científicos.

3. Resultados

A amostra do estudo foi constituída por 4.065 participantes com idades superiores a 18 anos e todos os tipos de impedimentos.

3.1. Análise da associação entre as variáveis

Todas as associações realizadas entre a grau de deficiência e as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, raça ou cor, estado civil, tipo de domicílio e localização do domicílio foram consideradas estatisticamente significativas por meio dos resultados do teste Qui-quadrado. As variáveis raça ou cor e tipo de domicílio possuíam valores iguais a 0 em sua tabela cruzada de frequências da quantidade de sujeitos de pesquisa, resultando em um resultado do teste Qui-quadrado impreciso, sendo necessário realizar o Teste Exato de Fisher para essas variáveis que também mostrou significância estatística.

Para a variável sexo, houve 2.181 (53,7%) pessoas do sexo feminino e 1.884 (46,3%) do sexo masculino. A maior frequência nas duas categorias

ocorreu no nível grave, com 18,1% para o sexo feminino e 18,9% no sexo masculino.

Na faixa etária, 64,2% dos sujeitos de pesquisa, correspondente a 2.608, tiveram idades entre 18 e 59 anos. Aqueles que possuem mais de 60 anos corresponderam a 35,8% da amostra, englobando 1.457 sujeitos. Na faixa entre 18 e 59 anos, 25,1% dos usuários estavam no nível grave da deficiência, enquanto 11,9% desse mesmo nível tinham mais de 60 anos. A diferença observada no número de pessoas em cada faixa de idade, pode decorrer da quantidade de anos entre 18 e 59 ser maior do que aquela entre 60 anos e a expectativa de vida no Brasil.

Em relação à escolaridade, a maior frequência ocorreu no ensino fundamental incompleto com 1.252 sujeitos, o equivalente a 30,8% da amostra. Esse nível escolar apresentou sua maior frequência no nível grave, com 13,2% da amostra nessas duas categorias. A maior parte de quem possuía ensino médio completo estava na categoria de gravidade moderada, incluindo 6,2% da amostra, assim como o nível superior completo, que apresentou 1,8% da amostra nessa intersecção.

Para a raça ou cor, 1604 (39,5%) dos respondentes se declararam como brancos, 1.304 (32,1%) como pardos e 509 (12,5%) como pretos; 566 (12,9%) dos usuários não declararam raça. A raça branca incluiu 14% dos sujeitos na categoria grave, enquanto a raça parda incluiu 11%. Para a raça negra, 5,7% dos usuários estavam também na maior gravidade.

Quanto ao estado civil, 1.514 (37,2%) das pessoas declararam que eram solteiras e 1.248 (31,6%) casadas ou em união estável. Dentre os solteiros, 18,9% possuíam deficiência grave, enquanto 11% dos casados ou em união estável estavam na categoria de nível de deficiência moderada.

Identificou-se que 2.974 (73,2%) dos participantes moravam em domicílio do tipo casa e 358 (8,8%) moram em apartamentos. Dos residentes em casas, 26,5% estavam no nível grave de deficiência, enquanto 2,6% dos que residiam em apartamentos, estavam no mesmo nível. Os outros tipos de domicílio possuíram participação baixa nos resultados, somando menos de 30% da amostra.

Além disso, 82,8% dos respondentes, correspondente a 3.367, residiam em zona urbana. A participação de pessoas que não revelaram a localização do próprio domicílio também foi expressiva nessa variável somando 544 (13,4%). A Tabela 1 apresenta o resumo descritivo das variáveis em relação ao grau da deficiência.

Tabela 1 - Distribuição de sujeitos segundo variáveis demográficas na validação do IFBrM, Brasil, 2024

n= 4065

Variável	Gravidade						Controle		Total		Qui-quadrado	
	Leve		Moderado		Grave							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p	
Sexo											87	0,000
Feminino	16			15,7				15,8	2.18			
	6	4,1%	638	%	735	18,1%	642	%	1	53,7%		
Masculino	19			14,5					1.88			
	9	4,9%	588	%	770	18,9%	327	8,0%	4	46,3%		
Faixa etária											23	0,000
18 a 59 anos	25			18,4	1.02			14,5	2.60			
	3	6,2%	746	%	0	25,1%	589	%	8	64,2%		
60 ou mais	11			11,8					1.45			
	2	2,8%	480	%	485	11,9%	380	9,3%	7	35,8%		
Escolaridade											549	0,000
Fundamental incompleto	92	2,3%	408	10,0	535	13,2%	217	5,3%	1.25			
				%					2	30,8%		
Média completa	85	2,1%	251	6,2%	186	4,6%	234	5,8%	756	18,6%		
Ignorada	60	1,5%	167	4,1%	255	6,3%	100	2,5%	582	14,3%		
Fundamental completo	33	0,8%	94	2,3%	133	3,3%	93	2,3%	353	8,7%		
Média incompleta	32	0,8%	84	2,1%	87	2,1%	47	1,2%	250	6,2%		
Superior completo	25	0,6%	72	1,8%	33	0,8%	99	2,4%	229	5,6%		
Nenhuma	5	0,1%	72	1,8%	121	3,0%	26	0,6%	224	5,5%		
Superior incompleto	14	0,3%	47	1,2%	19	0,5%	78	1,9%	158	3,9%		
Não Se Aplica	7	0,2%	13	0,3%	128	3,1%	7	0,2%	155	3,8%		
Pós-graduado completo	10	0,2%	14	0,3%	7	0,2%	59	1,5%	90	2,2%		
Pós-graduando incompleto	2	0,0%	4	0,1%	1	0,0%	9	0,2%	16	0,4%		
Raça ou Cor											49	0,00*

Branca	12 1	3,0%	498	12,3 %	571	14,0%	414	10,2 %	1.60 4	39,5%		
Parda	13 1	3,2%	398	9,8%	447	11,0%	328	8,1%	1.30 4	32,1%		
Ignorada	61	1,5%	171	4,2%	233	5,7%	101	2,5%	566	13,9%		
Preta	42	1,0%	136	3,3%	232	5,7%	99	2,4%	509	12,5%		
Amarela	8	0,2%	17	0,4%	18	0,4%	20	0,5%	63	1,5%		
Indígena	2	0,0%	6	0,1%	4	0,1%	7	0,2%	19	0,5%		
Estado Civil											301	0,000
Solteiro	11 7	2,9%	371	9,1%	770	18,9%	256	6,3%	1.51 4	37,2%		
Casado/União Estável	12 8	3,1%	449	11,0 %	279	6,9%	428	10,5 %	1.28 4	31,6%		
Ignorado	62	1,5%	170	4,2%	239	5,9%	103	2,5%	574	14,1%		
Viúvo	26	0,6%	128	3,1%	109	2,7%	87	2,1%	350	8,6%		
Divorciado	20	0,5%	63	1,5%	57	1,4%	64	1,6%	204	5,0%		
Separado/Desquitado	12	0,3%	45	1,1%	51	1,3%	31	0,8%	139	3,4%		
Tipo de Domicílio											152	0,00*
Casa	25 3	6,2%	916	22,5 %	7	26,5%	728	17,9 %	2.97 4	73,2%		
Apartamento	40	1,0%	96	2,4%	104	2,6%	118	2,9%	358	8,8%		
Instituição	0	0,0%	3	0,1%	67	1,6%	1	0,0%	71	1,7%		
Sítio	3	0,1%	25	0,6%	23	0,6%	11	0,3%	62	1,5%		
Em situação de rua	3	0,1%	6	0,1%	8	0,2%	3	0,1%	20	0,5%		
Tenda ou barraco	1	0,0%	4	0,1%	2	0,0%	2	0,0%	9	0,2%		
Hotel, pensão ou similares	2	0,0%	1	0,0%	3	0,1%	2	0,0%	8	0,2%		
Albergue	1	0,0%	0	0,0%	4	0,1%	1	0,0%	6	0,1%		
Terra/reserva indígena	0	0,0%	1	0,0%	2	0,0%	1	0,0%	4	0,1%		
Alojamento de trabalhadores	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	3	0,1%	4	0,1%		
Outros (trailer, vagão, etc.)	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%		
Comunidade quilombola	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%		

Instituição para cumprimento de medida socioeducativa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%		
Ocupação	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%		
Localização do domicílio											15	0,023
	29		1.0	24,8	1.23			20,4	3.36			
Urbana	8	7,3%	08	%	0	30,3%	831	%	7	82,8%		
Rural	7	0,2%	54	1,3%	60	1,5%	33	0,8%	154	3,8%		
Ignorada	60	1,5%	164	4,0%	215	5,3%	105	2,6%	544	13,4%		

* A aproximação por Qui-quadrado poderia estar incorreta, por isso foi usado o p-value do Teste Exato de Fisher.

3.2. Modelo Logístico Multinomial

O modelo logístico multinomial incluiu como variáveis explicativas raça ou cor, escolaridade, estado civil, faixa etária, localização do domicílio, tipo de domicílio e o sexo. A partir das análises dos resultados, que mostraram que as variáveis “localização do domicílio” e “tipo de domicílio” não eram estatisticamente significantes na presença das outras variáveis (z-Wald com p-value > 0,05) e por isso foram excluídas do modelo. Assim, o modelo final é composto por “escolaridade”, “estado civil”, “faixa etária” e “sexo” e pela gravidade da deficiência como variável alvo.

O modelo procurou estimar a chance de níveis leves, moderados e graves de deficiência em relação à ausência de gravidade, que foi considerada a categoria de referência (ou comparação) para a variável alvo.

Para a escolaridade, foram agrupadas três categorias, sendo “nenhuma escolaridade”, “ensino fundamental completo” (incluiu pessoas com ensino fundamental completo e ensino médio incompleto) e “ensino médio ou superior” (que incluiu ensino médio completo e todos os níveis de educação superior e pós-graduação, completos ou não). As pessoas com nenhuma escolaridade apresentaram uma *Odds Ratio* igual a 6,55 para o desfecho grave, o que mostra que a chance desse grupo ter um desfecho grave é 6,55 vezes maior quando comparado ao grupo com ensino médio, completo ou superior. A chance para o nível moderado foi igual a 1,68 e para o nível leve foi de 2,44.

O estado civil foi simplificado em dois grupos, incluindo um com pessoas que não estão em um relacionamento e outro com quem está em um relacionamento. A categoria de pessoas que não se encontram em um relacionamento possui uma chance 3,61 vezes maior de estar no grupo de estado grave da deficiência quando comparado a quem está em um relacionamento. Para o nível moderado, a *Odds Ratio* é de 1,38 e para o nível leve é de 1,45.

Em contraposição ao esperado, a faixa etária de pessoas entre 18 e 59 anos apresentou uma chance maior de estar nos desfechos de gravidade em relação ao grupo com pessoas maiores de 60 anos. Para o nível grave, a *Odds Ratio* desse grupo foi de 1,87, ou seja, uma chance 87% maior de ser grave

quando comparado ao grupo com pessoas com mais de 60 anos. Para o nível moderado a chance foi igual a 1,48 e para o nível leve foi igual a 1,23.

A variável sexo apresentou chance maior de ocorrência de níveis graves na categoria “masculino”, que apresentou uma chance 2,11 vezes maior quando comparada à categoria “feminino” para o nível grave. Para o nível moderado, a chance foi de 2,48 e para o nível leve foi de 1,83. A tabela 2 mostra os resultados do modelo multinomial, com os coeficientes do modelo, a *Odds Ratio* de cada categoria e o resultado do teste de hipótese z-Wald, considerado para cada variável do modelo.

Tabela 2 - Resultado do modelo logístico multinomial com os participantes da validação do IFBrM, Brasil, 2024.

Gravidade	Variáveis Predictoras		Coefficientes (IC 95%)	Odds Ratio (IC 95%)	z-Wald	p-value
Grave	Intercepto		-2,2(-2,48: -1,92)	-		0,00
	Escolaridade	Nenhuma	1,88(1,64: 2,12)	6,55(5,17: 8,29)	15,62	0,00
		Nível Fundamental	1,11(0,82: 1,39)	3,02(2,28: 4)		0,00
	Estado Civil	Não possui relacionamento	1,28(1,07: 1,5)	3,61(2,92: 4,46)	11,89	0,00
	Faixa Etária	18 a 59 anos	0,63(0,41: 0,84)	1,87(1,51: 2,32)		0,00
	Sexo	Masculino	0,75(0,54: 0,95)	2,11(1,72: 2,58)	7,18	0,00
Moderado	Intercepto		-2,11(-2,47: -1,75)	-		0,00
	Escolaridade	Nenhuma	0,52(0,2: 0,85)	1,68(1,22: 2,33)	3,16	0,00
		Nível Fundamental	0,53(0,16: 0,9)	1,7(1,17: 2,46)		0,01
	Estado Civil	Não possui relacionamento	0,32(0,04: 0,61)	1,38(1,04: 1,83)	2,22	0,03
	Faixa Etária	18 a 59 anos	0,39(0,09: 0,7)	1,48(1,1: 2,01)		0,01
	Sexo	Masculino	0,91(0,63: 1,19)	2,48(1,87: 3,29)	6,34	0,00
Leve	Intercepto		-0,73(-0,97: -0,49)	-		0,00
	Escolaridade	Nenhuma	0,89(0,67: 1,11)	2,44(1,95: 3,05)	7,85	0,00
		Nível Fundamental	0,42(0,15: 0,69)	1,53(1,17: 2)		0,00
	Estado Civil	Não possui relacionamento	0,37(0,17: 0,56)	1,45(1,19: 1,76)	3,69	0,00
	Faixa Etária	18 a 59 anos	0,21(0: 0,41)	1,23(1: 1,51)		0,05
	Sexo	Masculino	0,6(0,4: 0,8)	1,83(1,5: 2,23)	5,96	0,00

O modelo foi avaliado com base nos resultados observados e nos resultados preditos, obtendo uma acurácia global de 44,4%, o que se mostra razoável para esse tipo de modelo, dada a natureza das variáveis analisadas. A precisão variou entre 0 e 71%, sendo que a pior ocorreu na categoria leve a melhor na categoria moderada. O recall variou entre 28% e 100%, inversamente ao que ocorreu na precisão. O F1- Score mostrou que a categoria com maior capacidade de predição foi “moderado” com 0,41, enquanto a “grave” obteve 0,38. A Tabela 3 mostra as métricas de avaliação do modelo.

Tabela 3 - Avaliação do modelo logístico multinomial com os participantes da validação do IFBrM, Brasil, 2024

Métrica	Leve	Moderado	Grave	n= 3248	
				Acurácia Global	
Verdadeiros Positivos	0	841	251	n	%
Falso Positivos	283	340	751	1143	44,4%
Precisão	0,00	0,71	0,25		
Recall	1,00	0,28	0,75		
F1- Score	0,00	0,41	0,38		

Ressalta-se que embora esses resultados possam sugerir uma predição dos dados, o estudo não teve como objetivo elaborar um modelo preditivo, dado que sua amostragem não permite a inferência dos dados e as métricas foram usadas apenas para a avaliação do modelo. O objetivo esteve relacionado a explicar o comportamento das variáveis em relação à gravidade da deficiência no grupo de participantes do estudo.

A avaliação do modelo, com baixa capacidade para explicar a categoria leve de desfecho, pode sugerir que futuras análises semelhantes consigam realizar a estimativa usando essa categoria como referência, apesar que o presente estudo optou por não fazer isso.

4. Discussão

A experiência da deficiência nos sujeitos é particular, mas seu fenômeno na sociedade é coletivo, visto que há influência dos fatores contextuais na participação das pessoas com deficiência. Os resultados deste estudo apontam

que os fatores pessoais, ser do sexo masculino, não ter tido relacionamento, estar na faixa etária de 18 a 59 anos e com baixa escolaridade, estão associados à maior chance de deficiência grave.

É relevante destacar que se identificou que a escolaridade se mostrou fator importante na participação social, visto que quanto maior a escolaridade menor a gravidade da deficiência. Esses dados corroboram com os achados da PNAD Contínua de 2022 em que as pessoas com deficiência possuem baixa escolaridade e como consequência menor renda no mercado de trabalho¹¹. Smith e colaboradores²³ indicou, no estudo com pessoas usuárias de cadeiras de rodas, que o nível de escolaridade era o fator pessoal que mais afetou a participação social, que por consequência influenciou o acesso ao emprego.

Barreto, Araújo e Castro²⁴ identificaram resultados semelhantes em seu estudo em que pessoas do gênero masculino, não brancas, com menor escolaridade, solteiros e sem trabalho remunerado possuem a maior prevalência de deficiência física adquirida no Brasil.

Em uma revisão de escopo sobre a empregabilidade de pessoas com deficiência em países em desenvolvimento, Morwane, Dada e Bornman²⁵ encontraram que são facilitadores desse processo as habilidades interpessoais relacionadas ao trabalho, nível de escolaridade mais elevado e ser do sexo masculino. Wolffe, Ajuwon e Kelly²⁶ corroboram os achados voltados para as pessoas com deficiência visual na Nigéria, em que as pessoas casadas trabalhavam mais horas, tinham menos dificuldade de acesso a oportunidades de aprendizagem e emprego, e ganhavam mais do que as solteiras.

Schwab e colaboradores²⁷ argumenta que embora as variáveis individuais sejam claramente importantes para as pessoas com deficiência, há uma lacuna de conhecimento relacionada a como os fatores pessoais interagem com os fatores ambientais na conformação das condições contextuais que, segundo a CIF, são críticas para explicar a funcionalidade. Para os autores, é a partir dessa interação que surgem as oportunidades de ação, o que pode criar ou impedir momentos de participação social, descritos pelos autores como "eu-posso" ou "eu-não posso". Por exemplo, um fator tido como pessoal, o gênero, tem uma representação no mundo e, a partir disso, as pessoas interagem de acordo com sua concepção de gênero, que conseqüentemente se molda para atender as expectativas da sociedade. Nessa interrelação, há uma combinação

de estratégias e atitudes pessoais de enfrentamento, que impacta a participação social de um indivíduo com deficiência.

Segundo Shakespeare²⁸ a deficiência é multifatorial, pois há o nível individual, em que há um impedimento corporal ou mental que você se relaciona, junto com a sua própria personalidade, questões psicológicas e emocionais, crenças sobre suas potencialidades e expectativas. Em um segundo nível há a sociedade e todos os fatores externos que se relacionam com os individuais. Esses dois níveis são fatores combinados para produzir uma experiência da deficiência de forma única, em determinado local, em determinado ponto da história.

Nessa esteira de complexidade de mensuração da deficiência, é importante destacar que no Brasil esta passou de uma pergunta dicotômica de “você tem uma deficiência?”, que remete ao modelo biomédico da deficiência e questiona a presença ou ausência de impedimentos a partir de condições de saúde. Para a avaliação da deficiência é necessário um conjunto de perguntas sobre a sua funcionalidade no cotidiano das pessoas, que ocorrem por causa do impedimento, conforme prevê o Modelo Biopsicossocial, sendo a melhor forma de captar a experiência das pessoas com deficiência²⁹.

Palmer e Harley³⁰ destacam que nenhum instrumento de avaliação pode incorporar todos os aspectos que as pessoas com deficiência vivenciam, mas modelos diferentes servem a propósitos diferentes sendo úteis em determinados contextos. Conforme os dados apresentados neste estudo, o IFBrM tem a capacidade de avaliar a deficiência no Brasil, sendo os seus resultados semelhantes aos identificados por outros estudos.

Ressalta-se que no IFBrM utilizado na pesquisa, os fatores pessoais são utilizados para realização da caracterização do participante de pesquisa, não influenciando as notas aplicadas para cada atividade. No entanto, neste estudo são evidenciadas que há associações entre a gravidade da deficiência e pelos fatores pessoais dos participantes.

Por fim, como limitações identificou-se que os resultados apresentados são de uma população de uma amostra de conveniência de serviços voluntários, não sendo possível inferir os resultados para a população brasileira. Outra limitação é que a avaliação foi realizada por profissionais diferentes em 57 municípios brasileiros mediante entrevistas. Eventuais vieses foram amenizados

mediante o treinamento de profissionais de saúde que realizaram o trabalho de coleta de dados. Outra limitação foi sobre a população da amostra que foi selecionada em serviços de saúde após seu atendimento regular, ou seja, já tinham acesso e acessibilidade ao serviço, com mobilidade para chegar a um atendimento. É concebível também que alguns pacientes ou seus acompanhantes tenham tido vieses de memória. Finalmente, diante da falta de um padrão ouro na elaboração do IFBrM, a avaliação da deficiência foi realizada com base na autopercepção de limitação em concordância com os profissionais avaliadores. Isto poderia representar uma limitação para a classificação da deficiência.

A participação social é fruto da interação dos sujeitos, suas particularidades e com seus ambientes, sendo essas relações singulares. Os fatores pessoais não foram classificados enquanto descritores na CIF; entretanto, se mostram como importantes variáveis para se entender e avaliar a experiência da deficiência na população brasileira.

Os achados deste estudo são inovadores e contribuem para a literatura científica brasileira, por ser o primeiro a relacionar os fatores pessoais junto com a grau de deficiência, a partir de uma avaliação biopsicossocial prevista na LBI.

Financiamento

Os dados apresentados fazem parte da pesquisa “Implementação do Modelo Único de Avaliação e Valoração da Deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras”, financiada por meio da Carta Acordo entre o Ministério da Justiça e Cidadania (MJ), a Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI), a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC) e a Universidade de Brasília (UnB).

Referências

1. Brasil. *Decreto Nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009.*; 2009:1-23.

2. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Cien Saude Colet*. 2016;21(10):3007-3015. doi:10.1590/1413-812320152110.15262016
3. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Published 2024. Accessed March 9, 2024. <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en>
4. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. Published online 2002.
5. Geyh S, Peter C, Müller R, et al. The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature - A systematic review and content analysis. *Disabil Rehabil*. 2011;33(13-14):1089-1102. doi:10.3109/09638288.2010.523104
6. Müller R, Geyh S. Lessons learned from different approaches towards classifying personal factors. *Disabil Rehabil*. 2015;37(5):430-438. doi:10.3109/09638288.2014.923527
7. Geyh S, Schwegler U, Peter C, Müller R. Representing and organizing information to describe the lived experience of health from a personal factors perspective in the light of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a discussion paper. *Disabil Rehabil*. 2019;41(14):1727-1738. doi:10.1080/09638288.2018.1445302
8. Grotkamp S, Cibis W, Brüggemann S, et al. Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO). *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*. 2020;26(2):73-91. doi:10.1017/jrc.2020.14
9. Mitra S, Shakespeare T. Remodeling the ICF. *Disabil Health J*. 2019;12(3):337-339. doi:10.1016/j.dhjo.2019.01.008
10. Cieza A, Sabariego C, Bickenbach J, Chatterji S. Rethinking Disability. *BMC Med*. 2018;16(1). doi:10.1186/s12916-017-1002-6
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pessoas com Deficiência 2022 - PNAD contínua contínua Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Published online 2023:1-16. Accessed February 17, 2024. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

12. Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano J V. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil.* 2017;39(23):2347-2380. doi:10.1080/09638288.2016.1223177
13. Brasil. *Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015.*; 2015:1-30.
14. de Castro SS, Castaneda L, de Araújo ES, Buchalla CM. Aferição de funcionalidade em inquiridos de saúde no Brasil: Discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2016;19(3):679-687. doi:10.1590/1980-5497201600030018
15. Castro SS, Leite CF. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2017;24(4):385-391. doi:10.1590/1809-2950/17118724042017
16. da Silva ÉGC, Castro SS, Sabariego C, Monteiro KS, Lima NMFV. Translation and cross-cultural adaptation of the Model Disability Survey (MDS) for Brazil. *Rev Saude Publica.* 2023;57. doi:10.11606/S1518-8787.2023057004759
17. Como criar indicadores de severidade de deficiências usando o Conjunto Resumido de Perguntas sobre Funcionalidade do Grupo de Washington (WG-SS). Published online 2021. Accessed March 19, 2024. <http://www.washingtongroup-disability.com/>.
18. Franzoi AC, Xerez DR, Blanco M, et al. Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br. *Acta Fisiátrica.* 2013;20(3):164-170. doi:10.5935/0104-7795.20130028
19. Pereira EL, Pereira LB, BARROS AP do N, et al. *Produto 11 – Documento Técnico e Analítico Final Do Projeto “Implementação Do Modelo Único de Avaliação e Valoração Da Deficiência: Uma Análise Do Processo de Validação Do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) Pelas Políticas Sociais Brasileiras.”*; 2019.
20. Morais I de A. Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós? In: Costa LS, Amorim AC de, Gertner SR da CB, Machado K, Silva GM da, eds. *Itinerário de Reflexões e Práticas de Acessibilidade e Inclusão: A Potência Do Fórum Interinstitucional.* Fundação Oswaldo Cruz; 2023:353-362. Accessed February 27, 2024. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57248>

21. Brasil. OFÍCIO N.º 23/2021/CGPDPD/DPTDPD/SNDPD/MMFDH.; 2021.
22. R Core Team. Multinom: Fit Multinomial Log-linear Models [nnet (version 7.3-19). Published 2024. Accessed March 28, 2024. <https://www.rdocumentation.org/packages/nnet/versions/7.3-19/topics/multinom>
23. Smith EM, Sakakibara BM, Miller WC. A review of factors influencing participation in social and community activities for wheelchair users. *Disabil Rehabil Assist Technol*. Published online 2016:361-374. doi:10.3109/17483107.2014.989420
24. Barreto MCA, Araújo LF, de Castro SS. Relação de fatores pessoais e ambientais com a prevalência de deficiências físicas adquiridas no Brasil - estudo de base populacional. *Cien Saude Colet*. 2022;27(4):1435-1442. doi:10.1590/1413-81232022274.06472021
25. Morwane RE, Dada S, Bornman J. Barriers to and facilitators of employment of persons with disabilities in low- and middleincome countries: A scoping review. *Afr J Disabil*. 2021;10:1-12. doi:10.4102/AJOD.V10I0.833
26. Wolffe KE, Ajuwon PM, Kelly SM. A Quantitative Analysis of the Work Experiences of Adults with Visual Impairments in Nigeria. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. Published online December 2013:411-424.
27. Schwab SM, Spencer C, Carver NS, et al. Personal factors understood through the Ecological-Enactive Model of Disability and implications for rehabilitation research. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022;3. doi:10.3389/fresc.2022.954061
28. Shakespeare T. UNDERSTANDING DISABILITY. In: *Disability: The Basics*. Taylor & Francis Group; 2017:1-23. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/nyulibrary-ebooks/detail.action?docID=4941592>.
29. Sabariego C, Oberhauser C, Posarac A, et al. Measuring disability: Comparing the impact of two data collection approaches on disability rates. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):10329-10351. doi:10.3390/ijerph120910329
30. Palmer M, Harley D. Models and measurement in disability: An international review. *Health Policy Plan*. 2012;27(5):357-364. doi:10.1093/heapol/czr047

5.4 Artigo 4. Fatores Ambientais na Avaliação Biopsicossocial da Deficiência no Brasil, 2018 a 2019.

Environmental Factors in the Biopsychosocial Disability Evaluation in Brazil, 2018 to 2019.

Resumo:

A avaliação biopsicossocial da deficiência está prevista na Lei Brasileira de Inclusão, em que deve considerar os fatores ambientais como parte da experiência da deficiência. O Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) passou pelo processo de validação, a fim de que realizasse a mensuração da deficiência na população brasileira. O objetivo deste estudo é avaliar a associação das barreiras ambientais com os domínios do IFBrM entre os avaliados acima de 18 anos. Para compreender a associação entre o sexo, as barreiras ambientais, a quantidade de barreiras e os domínios do IFBrM foi elaborada uma análise de correspondência múltipla. Os resultados da análise de correspondência, expressos em dimensões, foram plotados em um mapa perceptual com 2 ou 3 dimensões. Foi ainda realizado um agrupamento, usando o algoritmo K-Means, que agrupou as categorias e variáveis de acordo com as três principais dimensões do modelo de análise de correspondência. A amostra foi de 4.065 participantes, sendo maior percentual de indivíduos do sexo feminino (53,7%), escolaridade no nível de ensino fundamental incompleto (30,8%). As barreiras ambientais “apoio e relacionamentos” e “atitudes” são as que mais apareceram com respostas em todos os domínios. A maior associação ocorreu entre o domínio “educação, trabalho e vida econômica” e a barreira “serviços, sistemas e políticas”. Identificou-se que os fatores ambientais desempenham um papel crucial tanto como facilitadores quanto como barreiras à funcionalidade individual, em que quando uma pessoa possuía muitas barreiras ambientais nas atividades de um domínio do IFBrM, ela também possuía muitas barreiras em todos os outros domínios.

Palavras-Chave: Avaliação da Deficiência; Pessoas com Deficiência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Fatores Ambientais; Modelos Biopsicossociais.

Abstract:

The biopsychosocial disability evaluation is mandated in the Brazilian Law of Inclusion, in which environmental factors must be considered as part of the disability experience. The Modified Brazilian Functionality Index (IFBrM) went through the validation process to measure disability in the Brazilian population. This study aims to evaluate the association of environmental barriers with IFBrM domains among those evaluated over 18 years of age. To understand the association between gender, environmental barriers, the number of barriers, and IFBrM domains, a multiple correspondence analysis was performed. The results of the correspondence analysis, expressed in dimensions, were plotted on a perceptual map with 2 or 3 dimensions. A grouping was also performed, using the K-Means algorithm, which grouped the categories and variables according to the three main dimensions of the correspondence analysis model. The sample consisted of 4,065 participants, with a higher percentage of female individuals (53.7%), and incomplete elementary school (30.8%). The environmental barriers "support and relationships" and "attitudes" are the ones that appeared the most with answers in all domains. The greatest association occurred between the domain "education, work, and economic life" and the barrier "services, systems and policies". It was identified that environmental factors play a crucial role both as facilitators and as barriers to individual functionality, where when a person had many environmental barriers in the activities of one IFBrM domain, they also had many barriers in all other domains.

Keywords: Disability Evaluation; Person with Disabilities; International Classification of Functioning, Disability, and Health; Environmental Factors, Biopsychosocial Models.

1. Introdução

A Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), aprovada pela Organização das Nações Unidas em 2007, mudou o conceito sobre deficiência. Passou a considerar como o resultado da interação de múltiplos fatores como impedimentos de natureza física, mental, intelectual, visual e/ou auditiva, provenientes de condições de saúde, e sua relação com diversas barreiras ambientais que obstruem “a participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”¹. Deste modo, se torna imperativo a criação de ambientes favoráveis à participação plena e ativa das pessoas com deficiência.

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) ratifica esse conceito de deficiência e entende as barreiras como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa e exercício de seus direitos, sendo classificadas em: urbanísticas; arquitetônicas; transportes; comunicações e na informação; barreiras atitudinais; barreiras tecnológicas². Nesse sentido, as barreiras estão relacionadas aos fatores ambientais que se encontram em interação com as pessoas com deficiência.

Esse conceito de barreira ambiental está previsto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2001. Os Fatores Ambientais podem ser facilitadores ou barreiras e são conceituados como aqueles externos aos indivíduos, classificados pela CIF em cinco categorias: produtos e tecnologias; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano; apoio e relacionamentos; atitudes; serviços, sistemas e políticas³.

A CIF, no contexto de fatores ambientais, emprega os termos “barreiras” e “facilitadores”, devendo interagir com as funções e estruturas do corpo, bem como com as atividades e participação³. Nessa perspectiva, a ausência ou a presença de algum fator ambiental auxilia a funcionalidade. Por exemplo, a *ausência* de estigma no mercado de trabalho ou a *presença* de um ambiente acessível com a adaptação razoável em um posto de trabalho.

Segundo Hammel e colaboradores⁴ em grupos focais com pessoas com deficiência identificaram o profundo impacto dos Fatores Ambientais sobre a

participação. Tais fatores influenciam a possibilidade de escolha e controle destes sujeitos, oscilando entre a emancipação e a privação de direitos.

Fatores Ambientais na CIF compõem Fatores Contextuais, junto com os Fatores Pessoais. Os Fatores Pessoais dizem respeito às suas características únicas enquanto sujeito, tais como sexo, raça, idade, escolaridade, tipo de emprego, entre outros⁵.

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência⁶, é importante incluir os fatores contextuais para ter o quadro completo da deficiência e da funcionalidade, pois sem eles é difícil determinar o escopo da deficiência. O relatório indica ainda que pessoas com o mesmo impedimento podem enfrentar tipos e graus de restrição muito diferentes, dependendo do contexto. As barreiras para a participação podem divergir consideravelmente entre países e comunidades.

Mitra e Shakespeare⁷ destacam que as condições em saúde são influenciadas por, e por sua vez influenciam, os fatores pessoais e ambientais. Políticas públicas focadas em determinantes contextuais podem realizar intervenções voltadas à prevenção de acometimentos de saúde e às consequências que levam à perda de funcionalidade ou à deficiência.

A deficiência, por ser um conceito complexo, dinâmico e multidimensional traz desafios para a sua mensuração. No Brasil está previsto na LBI que a avaliação para caracterizar as pessoas com deficiência seria biopsicossocial, realizada de forma multidisciplinar, considerando os impedimentos corporais; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, bem como a funcionalidade e a restrição à participação².

Heinemann e colaboradores⁸ indicam que a mensuração da deficiência deve descrever a atividade e a participação, incluindo o seu contexto do ambiente, com os suportes físicos, sociais e atitudinais; barreiras ao desempenho de atividades; e participação social e comunitária. Os autores destacam que é muito difícil conseguir capturar a totalidade da experiência da deficiência, mas deve-se concentrar em avaliar aspectos do ambiente que são passíveis de mudança ou que devem afetar a restrição de participação.

Há diversos tipos de instrumentos que avaliam os fatores ambientais e sua relação com a participação. A exemplo disso há o *Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF)*⁹ e *Measure of the Quality of the Environment*

(MQE)¹⁰ já validados para o Brasil. Diversas técnicas de coleta de informação para a avaliação e mensuração dos fatores ambientais são usadas em pesquisas, incluindo entrevistas e questionários, listas de verificação, análises de conteúdo de descrições de textos, grupos focais, entre outros¹¹.

Santos¹² associou a aplicação do instrumento World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS-2.0), desenvolvido pela OMS para avaliação da participação, ao MQE, a fim de identificar como as barreiras ambientais se relacionam com a perda de funcionalidade após Acidente Vascular Cerebral. Foi identificado que as principais barreiras às atividades e participação estavam relacionadas ao ambiente físico.

Outros instrumentos avaliam e classificam as pessoas com deficiência pelo grau de gravidade¹³⁻¹⁵, os quais são baseados no Modelo Biopsicossocial da CIF, da CDPD e da LBI, mas sua utilização é diferente para cada contexto. Nessa esteira, o Governo brasileiro investiu na criação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) com o objetivo principal de se obter um instrumento que avaliasse a deficiência a partir do perfil populacional brasileiro, a fim de caracterizar as pessoas com deficiência para os propósitos das políticas sociais¹⁶. O instrumento teve uma segunda versão validada voltado ao público que buscava aposentadoria, denominado de IFBrA¹⁷. A terceira versão teve um processo de validação no período de 2017 a 2019, e o instrumento foi denominado Índice de Funcionalidade Brasileira Modificado (IFBrM). As fases de validação foram: Validação de Conteúdo (2017), Validação de Face e Validação de Acurácia (2018 e 2019)^{18,19}.

O diferencial deste instrumento é que a matriz avaliativa utiliza os itens de atividades e participação da CIF, com a escala de pontuação adaptada da Medida de Independência Funcional (MIF). O IFBrM gradua a funcionalidade do indivíduo, sinalizando a possível influência de impedimentos de natureza física, auditiva, mental, intelectual e visual e as barreiras ambientais. O instrumento foi considerado válido nos aspectos científicos e técnicos¹⁹.

Este artigo faz parte da pesquisa de validação do instrumento realizada, tendo por objetivo avaliar a associação das barreiras ambientais com os domínios e atividades do IFBrM entre os sujeitos avaliados acima de 18 anos.

2. Métodos

A pesquisa de validação do IFBrM, contou com 8.795 indivíduos de todas as faixas etárias. Contudo, para este estudo, serão considerados 4.065 participantes acima de 18 anos, o que representa 46,2% do total de participantes na fase de validação de acurácia, que ocorreu entre 2018 e 2019.

No estudo de validação, entendeu-se que seria necessário o estabelecimento de quotas igualitárias de 288 por tipo de impedimento (físico, auditivo, intelectual, mental, visual) e faixa etária, totalizando 2.880. Os participantes foram entrevistados em serviços públicos Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e algumas instituições filantrópicas de saúde, assistência social e educação. Nesse sentido, a amostragem deste estudo não permite a inferência direta de seus resultados para a população com deficiência no Brasil¹⁹.

2.1. Variáveis

O Instrumento IFBrM possui quatro formulários, a saber: (1) Identificação do avaliado e da avaliação (com preenchimento pelo avaliador do tipo de impedimento de natureza física, mental, intelectual, visual ou auditiva do avaliado); (2) Formulário de Funções Corporais acometidas (preenchido exclusivamente por profissionais médicos); (3) A Matriz com domínios e atividades por faixas etárias; e, (4) Modelo Linguístico Fuzzy¹⁹. O desfecho do estudo é o grau de deficiência, podendo ser classificado em ausente, leve, moderado ou grave, que é o resultado dos formulários 3 e 4. Como variáveis de exposição foram considerados os fatores ambientais e domínios do IFBrM presentes no formulário 3. Ademais, para caracterização da população foram sistematizadas as informações do formulário 1.

As atividades previstas na Matriz do Instrumento são de acordo com cada faixa etária, sendo o máximo de 57 para adultos e idosos. As atividades estão distribuídas em sete domínios e cada uma deveria ser pontuada de acordo com o nível de independência na sua realização, o qual reflete o desempenho do indivíduo, e não a sua capacidade em seu ambiente habitual. A única exceção

seria quando o indivíduo não realizasse a atividade por uma opção pessoal; neste caso, pontuou-se pela capacidade. Assim, para cada atividade há quatro pontuações (100, 75, 50 e 25) que indicam o nível de independência para realização de cada uma das atividades. A pontuação 100 é dada quando o indivíduo consegue fazer sozinho uma atividade; 75 se a atividade é feita com ajuda de algum produto, tecnologia ou de forma adaptada em relação ao uso convencional; 50 se é feita com ajuda de terceiros em alguma etapa da atividade; e 25 se houver uma dependência total de terceiros para sua realização. Caso a pessoa não realizasse a atividade de forma independente (notas 75, 50, 25), o avaliador precisava indicar qual o Fator Ambiental que influenciava como barreira para que essa pessoa não atingisse a nota 100, podendo assinalar mais de uma categoria¹⁹.

O resultado do grau de deficiência é a soma das pontuações da Matriz, corrigidas pelo Modelo Linguístico Fuzzy, em conformidade com as perguntas para cada natureza do impedimento. No processo de validação criou-se o padrão ouro a partir da percepção dos dois avaliadores e da pessoa avaliada, no qual concordavam se a pessoa não era um indivíduo com deficiência, ou se possuía uma deficiência leve, moderada ou grave^{19,20}.

Neste instrumento de avaliação da deficiência, os fatores ambientais foram identificados enquanto as barreiras para que as pessoas realizassem a atividade de forma independente, podendo selecionar mais de uma barreira para cada atividade. O quadro 1 demonstra a estrutura do IFBrM para ilustrar a forma de avaliação com as 57 atividades que passaram pelo processo de validação para adultos e idosos.

Quadro 1. Matriz do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) aplicada no processo de validação, 2019.

MATRIZ DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO (IFBrM)						
Adultos acima de 18 anos						
Atenção: Não esquecer de assinalar as barreiras ambientais (obrigatório para pontuação 75, 50 e 25)						
Domínios e Atividades	Pontuação	Barreiras Ambientais*				
1. Domínio: Aprendizagem e aplicação de conhecimento		P & T	Am b	A & R	At	S, S & P
1.1 Observar (A partir dos 3 meses de idade)						
1.2 Ouvir (A partir dos 3 meses de idade)						
1.3 Aprender a calcular (A partir dos 10 anos de idade) **						
1.4 Adquirir habilidades (A partir dos 6 meses de idade) **						

1.5 Concentrar a atenção (A partir dos 3 anos de idade)						
1.6 Resolver Problemas (A partir dos 7 anos de idade) **						
1.7 Tomar decisões (A partir dos 8 anos de idade)						
1.8 Realizar uma única tarefa e atender a um único comando (A partir dos 2 anos de idade)						
1.9 Realizar tarefas múltiplas e atender a múltiplos comandos (A partir dos 3 anos de idade) **						
2.Domínio: Comunicação	Pontuação	P & T	Am b	A & R	At	S, S & P
2.1 Compreensão de mensagens orais (A partir dos 3 anos de idade)						
2.2 Compreensão de mensagens não verbais (A partir dos 2 anos de idade)						
2.3 Falar (A partir de 1 ano de idade) **						
2.4 Produção de mensagens não verbais (A partir dos 6 meses de idade) **						
2.5 Compreensão de mensagens escritas (Inclui Braille, quando couber) (A partir dos 7 anos de idade) **						
2.6 Produção de mensagens escritas (Inclui Braille, quando couber) (A partir dos 7 anos de idade) **						
2.7 Conversação oral ou em libras (A partir dos 3 anos de idade) **						
2.8 Discutir (A partir dos 6 anos de idade)						
3. Domínio: Mobilidade	Pontuação	P & T	Am b	A & R	At	S, S & P
3.1 Mudar e manter a posição do corpo (A partir dos 6 meses de idade) **						
3.2 Auto transferências (A partir dos 2 anos de idade)						
3.3 Alcançar, transportar e mover objetos (A partir dos 7 meses de idade) **						
3.4 Deslocar-se dentro de casa (A partir de 1 ano de idade) **						
3.5 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa (A partir dos 3 anos de idade)						
3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios (A partir dos 5 anos de idade) **						
3.7 Utilizar transporte coletivo (A partir dos 12 anos de idade)						
3.8 Utilizar transporte individual como passageiro (A partir dos 7 anos de idade)						
4. Domínio: Cuidados pessoais	Pontuação	P & T	Am b	A & R	At	S, S & P
4.1 Comer (A partir dos 2 anos de idade) **						
4.2 Beber (A partir dos 18 meses de idade) **						
4.3 Lavar-se (A partir dos 6 anos de idade) **						
4.4 Vestir-se (A partir dos 4 anos de idade) **						
4.5 Cuidar de partes do corpo (A partir dos 10 anos de idade) **						
4.6 Regulação da micção (A partir dos 3 anos de idade) **						
4.7 Regulação da defecação (A partir dos 3 anos de idade) **						
4.8 Capacidade de identificar doenças e agravos à saúde (A partir dos 3 anos de idade) **						
5. Domínio: Vida Doméstica	Pontuação	P & T	Am b	A & R	At	S, S & P
5.1 Preparar refeições simples tipo lanche (A partir dos 7 anos de idade) **						
5.2 Cozinhar (A partir dos 14 anos de idade) **						

5.3 Realizar tarefas domésticas (A partir dos 9 anos de idade) **						
5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa (A partir dos 6 anos de idade)						
5.5 Cuidar dos outros (A partir dos 9 anos de idade) **						
5.6 Fazer compras e/ou contratar serviços (A partir dos 7 anos de idade) **						
5.7 Comprar, alugar, mobiliar ou obter um lugar para morar. (A partir dos 18 anos de idade)						
5.8 Planejar e organizar a rotina diária (A partir dos 12 anos de idade) **						
6. Domínio: Educação, Trabalho e Vida Econômica	Pontuação	P & T	Amb	A & R	At	S, S & P
6.1 Educação Informal (A partir dos 2 anos de idade até 4 anos)						
6.2 Educação Formal (A partir dos 6 anos de idade) **						
6.3 Qualificação Profissional (A partir dos 14 anos de idade) **						
6.4 Trabalho Remunerado (A partir dos 14 anos de idade) **						
6.5 Exercer trabalho por conta própria (iniciativas individuais, cooperadas ou coletivas) (A partir dos 18 anos de idade) **						
6.6 Manter, progredir e sair de trabalho remunerado (A partir dos 16 anos de idade)						
6.7 Administração de recursos econômicos pessoais (transações econômicas complexas) (A partir dos 18 anos de idade) **						
7. Domínio: Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política	Pontuação	P & T	Amb	A & R	At	S, S & P
7.1 Interação Interpessoal (A partir dos 3 anos de idade) **						
7.2 Relações com familiares e com pessoas familiares (A partir dos 18 meses de idade)						
7.3 Relações em ambientes formais (A partir dos 6 anos de idade)						
7.4 Relações com estranhos (A partir dos 6 anos de idade) **						
7.5 Relações íntimas (A partir dos 18 anos de idade) **						
7.6 Participar de atividades da vida comunitária (A partir dos 7 anos de idade)						
7.7 Participar de atividades culturais, de recreação e lazer (A partir dos 6 anos de idade)**						
7.8 Lidar com emoções e adequar o comportamento de acordo com o contexto (A partir dos 7 anos de idade) **						
7.9 Participar de atividades da vida política e social enquanto cidadão (A partir dos 16 anos de idade) **						

(*) Barreiras Ambientais:

- P e T: Produtos e Tecnologia – Qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptada ou especialmente projetada para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com uma condição de saúde. Exclui cuidadores e assistentes pessoais.
- Amb: Ambiente natural e alterações ambientais feitas pelo homem – Refere-se ao ambiente natural ou físico. Aspectos geográficos, populacionais, da flora, da fauna, do clima, qualidade do ar.
- A e R: Apoio e Relacionamentos – Pessoas ou animais que fornecem apoio físico ou emocional, cuidado, proteção e assistência, e de relacionamento com outras pessoas em casa, no trabalho, na escola e em todos os aspectos da vida diária. Exclui as atitudes das pessoas que fornecem o apoio. O fator ambiental não é a pessoa com o animal, mas

a quantidade de suporte físico e emocional para com a pessoa avaliada.

- At: Atitudes – São as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas e crenças dos indivíduos da sociedade em relação a pessoa avaliada. Elas não se aplicam à própria pessoa. Essas podem ser de pessoas próximas ou não.
- S, S e P: Serviços, Sistemas e Políticas – Serviços são aqueles que fornecem os benefícios, programas, estruturas e operações em vários setores da sociedade criados para sanar as necessidades dos indivíduos. Podem ser públicos, privados, filantrópicos ou voluntários, em diversos tipos de organização do nível local ao nacional. Sistemas são aqueles que possuem controle administrativo e mecanismos organizacionais estabelecidos pelo governo, de nível local ao internacional, ou reconhecido pelas autoridades. Esses sistemas são desenhados organizar, controlar e monitorar os serviços. As Políticas são constituídas por normativas, regulações, convenções e padrões estabelecidos pelo governo em todos os níveis ou por autoridades reconhecidas. As Políticas governam e regulam os sistemas, que organizam, controlam e monitoram os serviços.

(**) Itens considerados discriminantes pela UnB para caracterização da deficiência em adultos e idosos nos participantes da pesquisa.

Fonte: UnB, 2019.

Destaca-se que após o processo de validação, apenas 39 atividades foram consideradas discriminantes pela Teoria de Resposta ao Item para identificar quem são as pessoas com deficiência em adultos, destacados com dois asteriscos no Quadro 1¹⁹. Entretanto, este estudo tomou como base para suas análises as barreiras identificadas nas 57 atividades que passaram pelo processo de validação e o resultado apresentado de gradação da deficiência. Para mais informações sobre a pesquisa e o processo de validação, as informações podem ser acessadas no sítio eletrônico do FalaBR em que o Ministério de Direitos Humanos e da Cidadania disponibilizou o relatório completo da pesquisa²¹.

As categorias de Fatores Ambientais foram consideradas: “produtos e tecnologia”, “ambiente natural”, “apoio e relacionamentos”, “atitudes”, e “serviços, sistemas e políticas públicas”. Essas variáveis foram consideradas como barreiras e se relacionam com cada domínio e atividade. Os dados de barreira ambientais foram simplificados conforme a contagem de cada tipo de barreira e isolados de acordo com as categorias de domínio das perguntas. Isso significa que foram consideradas a quantidade de barreiras relatadas em cada domínio, ou seja, somou-se a quantidade de barreiras relatadas por pergunta, que poderia variar entre 0 e 5 barreiras para cada resposta.

As questões do questionário foram categorizadas de acordo com cada domínio de Atividades e Participação do IFBrM: “aprendizagem e conhecimento”;

“comunicação”; “mobilidade”; “cuidados pessoais”; “vida doméstica”; “educação”, “trabalho e vida econômica”; e “relações e interações interpessoais”, que foram usadas na análise de correspondência e no modelo logístico multinomial.

Foi elaborado um resumo descritivo apresentando as frequências e percentuais das características da população de acordo com as perguntas do Formulário 1 do IFBrM.

Para compreender a associação entre o sexo, as barreiras ambientais, a quantidade de barreiras e os domínios do IFBrM foi elaborada uma análise de correspondência múltipla²², que considerou a frequência de respostas fornecida para cada domínio e cada tipo de barreira. Para incluir as variáveis no modelo de análise de correspondência foi realizado um teste de hipótese utilizando o cálculo do Qui-quadrado, com um nível de confiança de 0,05.

Os resultados da análise de correspondência, expressos em dimensões, foram plotados em um mapa perceptual com 2 ou 3 dimensões. Foi ainda realizado um agrupamento, usando o algoritmo K-Means, que agrupou as categorias e variáveis de acordo com as três principais dimensões do modelo de análise de correspondência. O número de grupos foi realizado por meio visual, utilizando o Método Elbow.

As análises foram realizadas por meio da linguagem R, versão 4.1.3 e sua interface de programação *RStudio* versão 1.1.14.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília e, sequencialmente, apresentado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), CAAE: 92261518.0.3002.0008.

3. Resultados

Foram avaliadas 4.065 pessoas com idades superiores a 18 anos e todos os tipos de impedimentos. As características da população estão descritas na Tabela 1 e sua relação com a gravidade da deficiência, tendo uma maior participação de indivíduos do sexo feminino (2.181; 53,7%), na faixa etária de 18 a 59 anos (64,2%), escolaridade no nível de ensino fundamental incompleto (30,8%), brancos (39,5%), solteiros (37,2%), com domicílio urbano (82,8%) e em casas (73,2%).

Tabela 1 - Distribuição de sujeitos segundo variáveis demográficas dos participantes acima de 18 anos da pesquisa de validação do IFBrM, 2024.

Variável	Gravidade						Deficiência Ausente		Total	
	Leve		Moderado		Grave		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%				
Sexo										
Feminino	166	4,1%	638	15,7%	735	18,1%	642	15,8%	2.181	53,7%
Masculino	199	4,9%	588	14,5%	770	18,9%	327	8,0%	1.884	46,3%
Faixa etária										
18 a 59 anos	253	6,2%	746	18,4%	1.020	25,1%	589	14,5%	2.608	64,2%
60 ou mais	112	2,8%	480	11,8%	485	11,9%	380	9,3%	1.457	35,8%
Escolaridade										
Fundamental incompleto	92	2,3%	408	10,0%	535	13,2%	217	5,3%	1.252	30,8%
Média completa	85	2,1%	251	6,2%	186	4,6%	234	5,8%	756	18,6%
Ignorada	60	1,5%	167	4,1%	255	6,3%	100	2,5%	582	14,3%
Fundamental completo	33	0,8%	94	2,3%	133	3,3%	93	2,3%	353	8,7%
Média incompleta	32	0,8%	84	2,1%	87	2,1%	47	1,2%	250	6,2%
Superior completo	25	0,6%	72	1,8%	33	0,8%	99	2,4%	229	5,6%
Nenhuma	5	0,1%	72	1,8%	121	3,0%	26	0,6%	224	5,5%
Superior incompleto	14	0,3%	47	1,2%	19	0,5%	78	1,9%	158	3,9%
Não Se Aplica	7	0,2%	13	0,3%	128	3,1%	7	0,2%	155	3,8%
Pós-graduado completo	10	0,2%	14	0,3%	7	0,2%	59	1,5%	90	2,2%
Pós-graduando incompleto	2	0,0%	4	0,1%	1	0,0%	9	0,2%	16	0,4%
Raça ou Cor										
Branca	121	3,0%	498	12,3%	571	14,0%	414	10,2%	1.604	39,5%
Parda	131	3,2%	398	9,8%	447	11,0%	328	8,1%	1.304	32,1%
Preta	42	1,0%	136	3,3%	232	5,7%	99	2,4%	509	12,5%
Ignorada	61	1,5%	171	4,2%	233	5,7%	101	2,5%	566	13,9%

Amarela	8	0,2%	17	0,4%	18	0,4%	20	0,5%	63	1,5%
Indígena	2	0,0%	6	0,1%	4	0,1%	7	0,2%	19	0,5%
Estado Civil										
Solteiro	117	2,9%	371	9,1%	770	18,9%	256	6,3%	1.514	37,2%
Casado/União Estável	128	3,1%	449	11,0%	279	6,9%	428	10,5%	1.284	31,6%
Ignorado	62	1,5%	170	4,2%	239	5,9%	103	2,5%	574	14,1%
Viúvo	26	0,6%	128	3,1%	109	2,7%	87	2,1%	350	8,6%
Divorciado	20	0,5%	63	1,5%	57	1,4%	64	1,6%	204	5,0%
Separado/Desquitado	12	0,3%	45	1,1%	51	1,3%	31	0,8%	139	3,4%
Tipo de Domicílio										
Casa	253	6,2%	916	22,5%	1.077	26,5%	728	17,9%	2.974	73,2%
Apartamento	40	1,0%	96	2,4%	104	2,6%	118	2,9%	358	8,8%
Instituição	0	0,0%	3	0,1%	67	1,6%	1	0,0%	71	1,7%
Sítio	3	0,1%	25	0,6%	23	0,6%	11	0,3%	62	1,5%
Em situação de rua	3	0,1%	6	0,1%	8	0,2%	3	0,1%	20	0,5%
Tenda ou barraco	1	0,0%	4	0,1%	2	0,0%	2	0,0%	9	0,2%
Hotel, pensão ou similares	2	0,0%	1	0,0%	3	0,1%	2	0,0%	8	0,2%
Albergue	1	0,0%	0	0,0%	4	0,1%	1	0,0%	6	0,1%
Alojamento de trabalhadores	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	3	0,1%	4	0,1%
Terra/reserva indígena	0	0,0%	1	0,0%	2	0,0%	1	0,0%	4	0,1%
Outros (trailer, vagão, etc.)	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	3	0,1%
Comunidade quilombola	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Instituição para cumprimento de medida socioeducativa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Ocupação	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Localização do domicílio										
Urbana	298	7,3%	1.008	24,8%	1.230	30,3%	831	20,4%	3.367	82,8%
Ignorada	60	1,5%	164	4,0%	215	5,3%	105	2,6%	544	13,4%

Rural	7	0,2%	54	1,3%	60	1,5%	33	0,8%	154	3,8%
-------	---	------	----	------	----	------	----	------	------------	-------------

O mapa perceptual que auxilia a melhor compreensão da relação entre as barreiras e os Domínios do IFBrM mostrou as coordenadas extraídas como resultado da análise de correspondência. Inicialmente, foi realizado um modelo com todas as variáveis do estudo, que resultou em uma análise indistinguível, no que se refere às barreiras e aos temas das questões. Por isso, realizou-se um novo modelo, incluindo apenas o sexo, as barreiras, os domínios e a quantidade de barreiras (Figura 1). A imagem apresenta um agrupamento e sobreposição de diversas variáveis, como os “sexo”, “aprendizagem e conhecimento”, “vida doméstica” e a resposta “sem barreiras”. As outras variáveis foram dispersas no restante do gráfico, sendo necessário usar uma técnica de análise de agrupamento para separar as variáveis a partir disso.

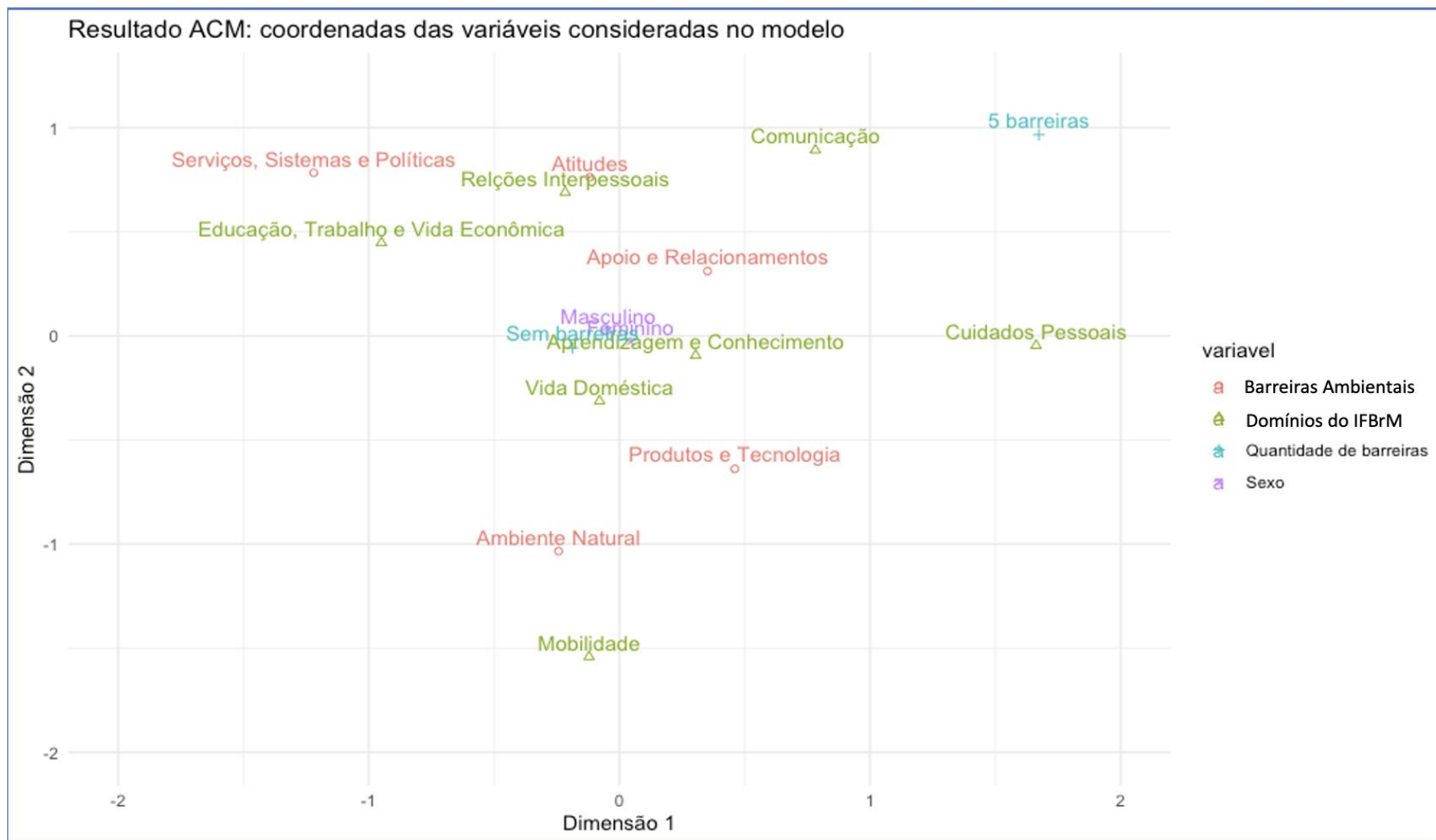


Figura 1. Resultado da Análise de Correspondência Múltipla em duas dimensões.

Foram estabelecidos quatro agrupamentos utilizando o algoritmo K-means. O de grupos foi estabelecida por meio do Método Elbow (Tabela 2). O Grupo 1 apresentou três categorias altamente correlacionadas: os domínios “mobilidade” e “comunicação” apareceram associadas às barreiras “ambiente natural” e aos “produtos e tecnologia”. Isso mostra que esses temas foram dominados por respostas que demonstram barreiras de mobilidade e comunicação em uma frequência maior do que as demais variáveis.

O grupo 2 incluiu todas as quantidades de barreiras, que foram incluídas para entender se algum tema apresentava associação com um número maior ou menor desses elementos. Encontrar todas as quantidades em um grupo significa que nenhuma barreira ou domínio esteve associada a um número maior ou menor de barreiras, sugerindo uma distribuição equivalente entre todas elas.

Isso também pode sugerir que o número de barreiras esteve associado aos sujeitos de pesquisa, ou seja, quando uma pessoa possuía muitas barreiras em um domínio, ela também possuía muitas barreiras em todos os outros domínios, enquanto quem possuía poucas barreiras em um tema também possuía poucas barreiras em todos os outros. Esse resultado é importante para demonstrar que o número de barreiras relatado esteve mais associado ao indivíduo, o que pode ser uma indicação de sua gravidade ou um viés relacionado à autodeclaração da barreira.

O grupo 3 incluiu os sexos, os domínios “aprendizagem e conhecimento”, “cuidados pessoais”, “relações interpessoais”, “vida doméstica” e “sem barreiras”. Nesse grupo também estiveram as barreiras ambientais “apoio e relacionamentos” e “atitudes”. Em relação ao sexo, as dimensões demonstram que as coordenadas do sexo masculino e feminino são inversas. Isso pode ocorrer quando as variáveis são proporcionais, o que ocorre em nosso estudo. Ou seja, as dimensões mostram que as pessoas que não responderam como sexo feminino, responderam como sexo masculino, mas a quantidade de pessoas foi tão próxima que as duas variáveis acabaram relacionadas entre si pelo modelo.

As barreiras ambientais “apoio e relacionamentos” e “atitudes” são as que mais apareceram com respostas, em uma frequência além da estatisticamente esperada, que não relatavam nenhum domínio específico. Além

disso, as mais associadas foram os domínios “aprendizagem e o conhecimento”, as “relações interpessoais” e a “vida doméstica”.

Por fim, a barreira “serviços, sistemas e políticas” se associou fortemente ao domínio relacionados à “educação, trabalho e vida econômica”. Isso pode demonstrar que há diversas barreiras relacionadas à educação e trabalho que se refletem na inacessibilidade de serviços, sistemas e políticas. A Tabela 2 traz o resumo com as dimensões 1, 2 e 3 (obtidas como resultado da análise de correspondência) e os grupos (obtidos como resultado do agrupamento K-Means).

Tabela 2 - Coordenadas da Análise de Correspondência e resultado da Análise de Agrupamento (Cluster *K-Means*) das barreiras ambientais e domínios do IFBrM, 2024

Grupos	Categoria	Variável	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3
1	Mobilidade	Barreiras Ambientais	-0,121	-1,541	0,579
	Ambiente Natural	Domínios do IFBrM	-0,243	-1,034	-0,292
	Produtos e Tecnologia	Domínios do IFBrM	0,461	-0,639	0,695
	Comunicação	Barreiras Ambientais	0,782	0,892	0,867
2	1 barreira	Quantidade de barreiras	3,108	0,515	0,127
	2 barreiras	Quantidade de barreiras	2,852	1,425	0,893
	3 barreiras	Quantidade de barreiras	2,438	0,413	0,788
	4 barreiras	Quantidade de barreiras	2,202	0,269	0,713
	5 barreiras	Quantidade de barreiras	1,674	0,966	0,938
3	Feminino	Sexo	0,045	-0,028	0,146
	Masculino	Sexo	-0,045	0,028	-0,145
	Aprendizagem e Conhecimento	Barreiras Ambientais	0,304	-0,094	0,168
	Cuidados Pessoais	Barreiras Ambientais	1,663	-0,046	0,031
	Relações Interpessoais	Barreiras Ambientais	-0,216	0,690	-0,599
	Vida Doméstica	Barreiras Ambientais	-0,079	-0,313	-1,293
	Sem barreiras	Quantidade de barreiras	-0,187	-0,057	-0,064
	Apoio e Relacionamentos	Domínios do IFBrM	0,352	0,311	-0,458
	Atitudes	Domínios do IFBrM	-0,118	0,762	-0,570
	4	Educação, Trabalho e Vida Econômica	Barreiras Ambientais	-0,950	0,447
Serviços, Sistemas e Políticas		Domínios do IFBrM	-1,219	0,783	1,372

Foi elaborado um mapa de calor com os resultados dos resíduos da distribuição Qui-quadrado entre os domínios do IFBrM e os tipos de barreiras ambientais. Isso foi realizado para entender a relação entre os pares de categorias das duas variáveis sem a influência do sexo ou do número de barreiras, como ocorreu no mapa perceptual. Quanto maior a diferença entre o valor esperado e o valor obtido, mais viva a cor no mapa de calor. As caselas mais vermelhas mostram que a frequência obtida por aquele par de variáveis no estudo foi menor do que o valor esperado para aquela variável, enquanto as mais azuis mostravam que a frequência foi maior que a esperada, sendo que em ambos os casos podemos considerar que há uma associação significativa. As caselas brancas mostram uma associação não significativa entre as categorias.

Assim como demonstrado no mapa perceptual, a maior associação ocorreu entre o domínio “educação, trabalho e vida econômica” e a barreira “serviços, sistemas e políticas”. O “ambiente natural” esteve muito associado ao domínio de “mobilidade”. Ainda com uma frequência maior que a esperada, temos a “mobilidade” associada a “produtos e tecnologia”, a “atitude” relacionada às relações e “interações interpessoais” e a “vida doméstica” relacionada à barreira “apoio e relacionamentos”.

Por outro lado, com associações que demonstram frequências menores, podemos incluir “cuidados pessoais” e “vida doméstica” associadas às barreiras de “serviços, sistemas e políticas”. As “relações e interações interpessoais” também aparecem em associação aos “produtos e tecnologias” e a “mobilidade” com relação às atitudes. Isso significa que os sujeitos de pesquisa relataram pouco essas barreiras quando questionados sobre temas relacionados a esses domínios do IFBrM. A Tabela 3 mostra o mapa de calor obtido nessa análise.

Tabela 3. Mapa de calor - resíduos do teste Qui-quadrado entre tipos de barreira e domínios do IFBrM dos participantes da pesquisa, Brasil, 2024

		Domínios do IFBrM						
		Aprendizagem e conhecimento	Comunicação	Cuidados pessoais	Educação, trabalho e vida econômica	Mobilidade	Relações e interações interpessoais	Vida doméstica
Barreiras Ambientais	Serviços, sistemas e políticas	-6,65	3,88	-21,68	36,55	-3,76	2,71	-20,51
	Produtos e Tecnologias	8,82	1,58	8,01	-9,47	17,42	-16,59	-4,24
	Atitudes	2,87	2,27	-2,94	1,85	-18,22	15,38	2,52
	Apoio e Relacionamentos	2,35	0,70	5,98	-9,44	-12,90	2,80	12,20
	Ambiente Natural	-4,26	-7,96	3,60	-8,00	19,20	-3,66	2,49

X-squared = 4733.9, df = 24, p-value < 2.2e-16

4. Discussão

A CIF ao incorporar os Fatores Contextuais como parte da funcionalidade foi uma inovação de sua época, em que é protagonista do Modelo Biopsicossocial da Deficiência. Neste modelo é reconhecido que a experiência da deficiência é um fenômeno multidimensional, influenciado não apenas por impedimentos auditivos, físicos, mentais, intelectuais e/ou visuais oriundos de condições de saúde, mas também por uma variedade de fatores pessoais e ambientais.

Os fatores ambientais desempenham um papel crucial tanto como facilitadores quanto como barreiras à funcionalidade individual. Neste estudo, identificou-se que quando uma pessoa possuía muitas barreiras ambientais nas atividades de um domínio do IFBrM, ela também possuía muitas barreiras em todos os outros domínios.

Considerando que a quantidade dos participantes por sexo da pesquisa foi simétrica, não foi possível perceber diferenças estatísticas em relação aos domínios do IFBrM e barreiras ambientais.

As barreiras ambientais de “apoio e relacionamentos” e “atitudes” são os que mais apareceram com respostas, em uma frequência além da esperada por aleatoriedade, que não se encontravam em nenhum domínio específico. A disponibilidade de pessoas de Apoio e Relacionamento promovem suporte, participação social e engajamento comunitário pelo estudo de Wong et al²³.

No artigo de Jacob e Cox²⁴ um fator importante ambiental é de Apoio e Relacionamentos, pois tudo começa e termina com as ações de familiares. Os autores concluíram que embora a CIF ofereça uma lente ampliada para visualizar os estados de saúde e fatores correlatos, os fatores contextuais permitem uma compreensão das relações que existem dentro (e entre) as características pessoais dos indivíduos. Destaca-se que por décadas, entendeu-se a deficiência como uma tragédia familiar, portanto cabia exclusivamente à família cuidar dos indivíduos²⁵. Dessa forma, a restrição de participação permeia de forma importante os laços familiares.

As barreiras ambientais relacionadas a "Serviços, Sistemas e Políticas" e o domínio de "Educação, Trabalho e Vida Econômica" são vistas como particularmente significativas e únicas em sua influência.

Nesse quesito é importante refletir sobre a escolaridade dos participantes da pesquisa em que 30,8% estavam na faixa de ensino fundamental incompleto. Ao somar aqueles que não tinham escolaridade e aqueles com ensino médio incompleto, temos 70% dos participantes da pesquisa, os quais são acima de 18 anos. Esses dados são corroborados pelo estudo de Barreto, Araujo e Castro²⁶ e pelas informações disponibilizadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua de 2022 sobre as pessoas com deficiência²⁷. Uma Revisão de Escopo sobre a empregabilidade das pessoas com deficiência em países em desenvolvimento identificou uma forte associação entre a baixa escolaridade e o acesso ao emprego, que tem como consequência a baixa renda das pessoas com deficiência²⁸.

Isso pode refletir desafios específicos que as políticas públicas de educação e emprego enfrentam, devendo se criar estratégias de enfrentamento, a fim de impedir o ciclo da pobreza das pessoas com deficiência^{29,30}. Devem se implementar estratégias de cuidado em saúde para que se possa garantir a maior funcionalidade dos indivíduos de acordo com a sua capacidade.

Assim como demonstrado no mapa perceptual, identificou-se que as barreiras “ambiente natural” e “produtos e tecnologia” estavam muito associadas ao domínio de “mobilidade” do IFBrM. Wong et al²³ identificou que há uma forte associação entre os fatores ambientais e a redução de participação em pessoas com deficiência com distúrbios neurológicos. Segundo os autores, há uma relação entre a barreira de Atitudes que sugerem sua influência negativa no domínio de educação e emprego; entretanto, essa associação não foi encontrada neste estudo.

Nesse quesito é interessante incorporar a discussão de Magasi et al³¹ sobre o “paradoxo das barreiras” em que as pessoas selecionam, por escolha ou necessidade, os ambientes que lhes oferecem as maiores oportunidades e o menor número de barreiras. Por meio desse processo de auto-seleção, as pessoas podem evitar acessar ambientes diante de barreiras/desafios, ao mesmo tempo em que potencialmente limitam sua esfera de ser. Nesse sentido, se as pessoas não possuem mobilidade pode ser pelo “paradoxo das barreiras” que pode ser investigado em pesquisas futuras.

Dutra e colaboradores³² analisaram a estrutura de funcionalidade da CIF a partir de instrumentos distintos, como WHODAS 2.0, MIF, Participation Scale, CHIEF, e um protocolo elaborado pela equipe para reunir informações sobre estrutura e

função corporal e fatores pessoais. No estudo identificou-se que os fatores ambientais são expressos como barreiras e aumentam a perda de funcionalidade. No entanto, com a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde e à reabilitação, bem como os facilitadores ambientais, como o Apoio e Relacionamento com a família e amigos, há um aumento dessa funcionalidade.

Esse achado se aproxima do encontrado em nosso estudo em que há associação entre a barreira Atitude relacionada ao domínio de Relações e Interações Interpessoais, bem como o domínio Vida Doméstica relacionada a barreira Apoio e Relacionamentos. Esses resultados podem estar vinculados às relações familiares e à autonomia das pessoas com deficiência, que podem ser facilitadores ou barreiras nas atividades diárias. Quando atuam como barreiras ambientais, não consideram a capacidade das pessoas com deficiência de valorar, raciocinar, resistir a impulsos, ser capazes de colocar em prática os seus planos³³.

Este estudo possui algumas limitações, em que por ter uma amostra de conveniência não é possível extrapolar os achados para a população brasileira. Por exemplo, no presente estudo, alguns impedimentos devido a condições de saúde podem ser causa de baixa escolaridade. Outras restrições à validade, que poderiam decorrer da técnica para coleta de dados mediante entrevistas, foram amenizadas mediante o treinamento de profissionais de saúde que realizaram a coleta de dados. Mesmo assim pode ter acontecido falta de veracidade nas respostas, omissões ou respostas socialmente desejáveis. É concebível também que alguns pacientes ou seus acompanhantes tenham tido vieses de memória.

Cabe destacar que no IFBrM há a identificação das barreiras ambientais por atividades. Entretanto, os resultados da pesquisa mostram que a pontuação não é influenciada pela identificação das barreiras e conseqüentemente, na gravidade da deficiência. Portanto, devem ser elaboradas novas estratégias de aprimoramento do instrumento, visto que conforme demonstrado neste estudo, as barreiras ambientais estão associadas à funcionalidade em diversas atividades e participação.

A integração dos fatores ambientais para a mensuração e caracterização das pessoas com deficiência no Brasil, permite uma compreensão mais integral das experiências dos sujeitos sobre as suas realidades cotidianas. Não há um consenso sobre como medir a deficiência no mundo para a concessão de direitos sociais, pois há formas distintas de se operacionalizar conceitos³⁴. No Brasil, foi deliberado pelo Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE) que o IFBrM

seria a base para construção do Modelo Único de avaliação, tendo o Estado o papel de regulamentar essa avaliação³⁵.

A avaliação biopsicossocial não apenas caracteriza a deficiência, mas auxilia na construção de intervenções direcionadas para melhorar a vida das pessoas com deficiência ao identificar as barreiras ambientais, além de fortalecer a responsabilidade coletiva de criar ambientes mais inclusivos e acessíveis.

Referências

1. Brasil. *Decreto Nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009.*; 2009:1-23.
2. Brasil. *Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015.*; 2015:1-30.
3. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Published 2024. Accessed March 9, 2024. <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en>
4. Hammel J, Magasi S, Heinemann A, et al. Environmental barriers and supports to everyday participation: A qualitative insider perspective from people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(4):578-588. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.008
5. World Health Organization. How to use the ICF A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Exposure draft for comment. Published online 2013.
6. OMS OM da S, Mundial B. *Relatório Mundial Sobre a Deficiência.* Lexicus Se.; 2011. doi:10.1097/PHM.0b013e318255982e
7. Mitra S, Shakespeare T. Remodeling the ICF. *Disabil Health J.* 2019;12(3):337-339. doi:10.1016/j.dhjo.2019.01.008
8. Heinemann AW, Magasi S, Hammel J, et al. Environmental factors item development for persons with stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(4):589-595. doi:10.1016/j.apmr.2013.11.024
9. Furtado SRC, Sampaio RF, Vaz D V., Pinho BAS, Nascimento IO, Mancini MC. Versão brasileira do instrumento de avaliação ambiental *Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF)*: tradução, adaptação cultural e confiabilidade. *Braz J Phys Ther.* 2014;18(3):259-267. doi:10.1590/BJPT-RBF.2014.0036
10. Faria-Fortini I, Basílio ML, Assumpção FSN, Teixeira-Salmela LF. Adaptação transcultural e reprodutibilidade do Measure of the Quality of the Environment em

indivíduos com hemiparesia. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. Published online 2016:42-51. Accessed March 24, 2024. <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/104761/114607>

11. Reinhardt JD, Miller J, Stucki G, Sykes C, Gray DB. Measuring impact of environmental factors on human functioning and disability: A review of various scientific approaches. *Disabil Rehabil*. 2011;33(23-24):2151-2165. doi:10.3109/09638288.2011.573053

12. Santos HM dos. *Fatores Biopsicossociais Associados Ao Estado de Incapacidade Após Acidente Vascular Cerebral: Análise Exploratória Baseada Na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Universidade Nove de Julho; 2021. Accessed March 24, 2024. <http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2834>

13. Castro SS, Leite CF. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2017;24(4):385-391. doi:10.1590/1809-2950/17118724042017

14. de Castro SS, Castaneda L, de Araújo ES, Buchalla CM. Aferição de funcionalidade em inquiridos de saúde no Brasil: Discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016;19(3):679-687. doi:10.1590/1980-5497201600030018

15. Castro SCLC. *Manual Do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*.; 2010. Accessed June 30, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf?sequence=19

16. Franzoi AC, Xerez DR, Blanco M, et al. Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br. *Acta Fisiátrica*. 2013;20(3):164-170. doi:10.5935/0104-7795.20130028

17. Pereira ÉL, Barbosa L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. *Cien Saude Colet*. 2016;21(10):3017-3026. doi:10.1590/1413-812320152110.18352016

18. Morais I de A. Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós? In: Costa LS, Amorim AC de, Gertner SR da CB, Machado K, Silva GM da, eds. *Itinerário de Reflexões e Práticas de Acessibilidade e Inclusão: A Potência Do Fórum*

Interinstitucional. Fundação Oswaldo Cruz; 2023:353-362. Accessed February 27, 2024. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57248>

19. Pereira EL, Pereira LB, BARROS AP do N, et al. *Produto 11 – Documento Técnico e Analítico Final Do Projeto “Implementação Do Modelo Único de Avaliação e Valoração Da Deficiência: Uma Análise Do Processo de Validação Do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) Pelas Políticas Sociais Brasileiras.”*; 2019.

20. Pietra G di, Figueiredo E, Leite V, Adamczyk W. *Análise Comparativa Entre Os Perfis de Beneficiários de Políticas Públicas.*; 2021.

21. Brasil. *OFÍCIO N.º 23/2021/CGPDPD/DPTDPD/SNDPD/MMFDH.*; 2021.

22. R Core Team. MCA: Multiple Correspondence Analysis (MCA). Published 2024. Accessed March 28, 2024. <https://www.rdocumentation.org/packages/FactoMineR/versions/2.9/topics/MCA>

23. Wong AWK, Ng S, Dashner J, et al. Relationships between environmental factors and participation in adults with traumatic brain injury, stroke, and spinal cord injury: a cross-sectional multi-center study. *Quality of Life Research*. 2017;26(10):2633-2645. doi:10.1007/s11136-017-1586-5

24. Jacob M, Cox SR. Examining transgender health through the International Classification of Functioning, Disability, and Health’s (ICF) Contextual Factors. *Quality of Life Research*. 2017;26(12):3177-3185. doi:10.1007/s11136-017-1656-8

25. Maior I. História , conceito e tipos de deficiência. 2009;1960:1-8. <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>

26. Barreto MCA, Araújo LF, de Castro SS. Relação de fatores pessoais e ambientais com a prevalência de deficiências físicas adquiridas no Brasil - estudo de base populacional. *Cien Saude Colet*. 2022;27(4):1435-1442. doi:10.1590/1413-81232022274.06472021

27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pessoas com Deficiência 2022 - PNAD contínua contínua Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Published online 2023:1-16. Accessed February 17, 2024. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

28. Morwane RE, Dada S, Bornman J. Barriers to and facilitators of employment of persons with disabilities in low- and middleincome countries: A scoping review. *Afr J Disabil*. 2021;10:1-12. doi:10.4102/AJOD.V10I0.833

29. Groce N, Kett M, Lang R, Trani JF. Disability and poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *Third World Q.* 2011;32(8):1493-1513. doi:10.1080/01436597.2011.604520
30. Banks LM, Kuper H, Polack S. *Poverty and Disability in Low-And Middleincome Countries: A Systematic Review.* Vol 12.; 2017. doi:10.1371/journal.pone.0189996
31. Magasi S, Wong A, Gray DB, et al. Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(4):569-577. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.002
32. Dutra FCMS, Mancini MC, Neves JA, Kirkwood RN, Sampaio RF. Empirical analysis of the international classification of functioning, disability and health (ICF) using structural equation modeling. *Braz J Phys Ther.* 2016;20(5):384-394. doi:10.1590/bjpt-rbf.2014.0168
33. Francis LP. Understanding Autonomy in Light of Intellectual Disability. *Disability and Disadvantage.* 2015;304. doi:10.1093/acprof:osobl/9780199234509.003.0008
34. Sabariego C, Oberhauser C, Posarac A, et al. Measuring disability: Comparing the impact of two data collection approaches on disability rates. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(9):10329-10351. doi:10.3390/ijerph120910329
35. Conade CN dos D da P com D. *Resolução Nº 01, de 05 de Março de 2020.*; 2020. Accessed July 29, 2020. https://sei.mdh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=1231589&infra_siste...://www.mdh.gov.br

5.5 O Artigo 5. Percepções dos profissionais de saúde sobre as pessoas com deficiência a partir da Avaliação Biopsicossocial do IFBrM.

Health professionals' perceptions of people with disabilities from the Biopsychosocial Disability Evaluation

Resumo

O estudo explora a percepção dos profissionais de saúde sobre os componentes da avaliação biopsicossocial da deficiência, enfatizando a necessidade de considerar tanto os impedimentos, quanto os fatores contextuais que se influenciam para garantir a participação social de forma plena. A metodologia utilizada na pesquisa é uma abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que realizaram pelo menos 60 avaliações em participantes da pesquisa de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM). Os profissionais entrevistados reconhecem o impacto significativo dos fatores ambientais e pessoais na participação social das pessoas com deficiência e a importância de considerar esses fatores na avaliação. Identificou-se que a percepção dos profissionais da deficiência está em processo de transformação para além do modelo biomédico.

Palavras-chave: Avaliação da Deficiência; Pessoas com Deficiência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Modelos Biopsicossociais;

Abstract

The study explores the perception of health professionals about the components of the biopsychosocial disability evaluation, emphasizing the need to consider both the impairments and the contextual factors that influence each other to ensure full social participation. The methodology used in the research is a qualitative approach, with semi-structured interviews with health professionals who performed at least 60 evaluations on participants of the Modified Brazilian Functionality Index (IFBrM) validation research. The professionals interviewed recognize the significant impact of environmental and personal factors on the social participation of people with disabilities

and the importance of considering these factors in the evaluation. It was identified that the perception of disability professionals is in the process of transformation beyond the biomedical model.

Keywords: Disability Evaluation; Disabled Persons; International Classification of Functioning, Disability and Health; Biopsychosocial Models.

Introdução

A participação social das pessoas com deficiência na sociedade é um direito previsto na Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CPDP) e na Lei Brasileira de Inclusão (LBI), sendo essa definida como o envolvimento em situações de vida, o que inclui ser autônomo em alguma medida ou ser capaz de controlar a própria vida, mesmo que não esteja realmente fazendo as coisas sozinho¹. A avaliação dessa participação requer desenvolvimento de medidas específicas que considerem essas escolhas como um todo, considerando as diversas realidades brasileiras².

Pela LBI, “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”³. A restrição de participação é deficiência, sendo o resultado de uma interação de múltiplos fatores que se influenciam, conforme previsto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência⁴, a CIF avançou na compreensão e mensuração da deficiência no mundo, sendo uma ferramenta útil para medir ou avaliar a funcionalidade das pessoas.

Considerando que a deficiência é complexa, dinâmica, multidimensional⁴, pelo que propõe o Modelo Biopsicossocial da Deficiência proposto pela CIF. Nesse modelo há o afastamento dos modelos considerados dicotômicos os Modelos Biomédico e Social, fazendo a ponte entre eles, ao reconhecer a influência que o meio social e físico exerce sobre as experiências de saúde e participação das pessoas⁵.

O Modelo biomédico entende a deficiência enquanto a anormalidade dos sujeitos em determinada sociedade, devendo ser objeto de cuidado e tratado por meio

de técnicas de reabilitação, sendo ainda um “problema” individual dos sujeitos e suas famílias. No Modelo Social entende-se a deficiência é um produto sócio-histórico da interação entre um corpo diverso e uma sociedade pouco preparada para a diversidade⁶.

Embora no campo teórico, possa haver diversos estudos sobre o Modelo Biopsicossocial da Deficiência, a condução das intervenções em saúde sob a ótica da integralidade do cuidado, é ainda incipiente nos serviços de saúde no Brasil⁷⁻¹⁰. Segundo Biz et al.⁷ há um esgotamento do modelo biomédico, com um crescente interesse pela mensuração da funcionalidade debruçado no modelo biopsicossocial⁷.

A OMS lançou diversos instrumentos ao longo dos anos tendo a CIF como base para avaliação de funcionalidade^{11,12}, tendo destaque para o Model Disability Survey (MDS) e o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS), traduzidos e validados para o Brasil^{13,14}, que realizam a avaliação biopsicossocial. Entretanto, em 2008, o Governo Brasileiro entendeu que se fazia necessário criar um instrumento específico para as necessidades do país que foi denominado de Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), que tem por objetivo caracterizar quem são as pessoas com deficiência para concessão de benefícios sociais¹⁵. Sendo validada uma segunda versão voltada para solicitantes da antecipação de aposentadoria regulamentada pela Lei Complementar 142/2013, denominado IFBrA⁶.

A partir da publicação da LBI, o Estado se comprometeu a regulamentar a avaliação da deficiência prevista no art. 2º, considerando a deficiência enquanto restrição de participação. Assim, foi elaborado a terceira versão do instrumento chamado de Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM).

O IFBrM foi validado como instrumento único para todas as políticas sociais federais¹⁶. O instrumento tem com base os capítulos de Atividades e Participação da CIF e as pontuações da Medida de Independência Funcional (MIF). Foram três etapas de validação: Conteúdo (2017), Face e Acurácia (2018-2019) com o objetivo de aferir a acurácia do instrumento para classificar se o indivíduo era uma pessoa com deficiência, e se fosse, qual o grau (leve, moderado ou grave). Ao final, o instrumento foi considerado válido nos aspectos científicos e técnicos, podendo ser aplicado para qualquer tipo de deficiência, qualquer faixa etária, e em qualquer local do país¹⁶.

O IFBrM foi recomendado pelo Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE), em 2020, como instrumento base da construção do

Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência¹⁷. Entretanto, ainda não está regulamentada a avaliação no Brasil.

O principal mérito desse instrumento é a forma biopsicossocial de se avaliar, considerando que a deficiência é a soma dos impedimentos e das barreiras ambientais. No modelo anterior de avaliação, a existência do CID era o principal fator, enquanto no IFBrM ele é um dos elementos a ser considerado, mostrando a mudança dos modelos teóricos. Na avaliação pelo IFBrM, o sujeito pode ser avaliado por qualquer profissional de saúde desde que tenha sido caracterizado o impedimento anteriormente com atribuição de CID, conforme legislação do ato médico¹⁸. Assim, o sujeito é avaliado pelo instrumento por dois profissionais de nível superior, categoriais profissionais distintas, ao mesmo tempo, e cada um atribui as pontuações que entenderem adequadas. Ao final, o sistema digital em que a avaliação foi realizada atribui a pontuação e classificação¹⁶.

No processo de validação foram capacitados 1.301 profissionais de nível superior voluntários para participar da validação, oriundos de 57 municípios, majoritariamente de Centro de Especializados de Reabilitação (CER), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas pelo Ministério da Saúde. Posteriormente outras instituições de organização de defesa das pessoas com deficiência, sem fins lucrativos se voluntariaram para colaborar com a pesquisa¹⁶.

Na Validação de Face foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde e participantes de pesquisa para que pudesse ser avaliado a aceitabilidade transcultural do instrumento, bem como compreender seus conceitos e a forma de se avaliar os participantes da pesquisa¹⁶. Deste modo, o desafio durante a capacitação de profissionais de saúde no processo de validação era que pudessem ver a deficiência enquanto restrição de participação dentro do modelo biopsicossocial, afetada por fatores contextuais que estes devem ser considerados na avaliação.

Segundo a CIF, os Fatores Contextuais influenciam a realização de atividade e conseqüentemente a participação social de forma plena, para qualquer indivíduo, sendo estes fatores divididos entre fatores ambientais e pessoais¹⁹.

Este artigo tem por objetivo compreender como os profissionais entendem a deficiência, fatores contextuais e quais são as influências na avaliação e, conseqüentemente, na implantação de um modelo biopsicossocial. Os profissionais de saúde sempre estiveram no processo de análise para caracterização da

deficiência, sendo importante conhecer esse olhar que reverbera no acesso a políticas sociais.

Metodologia

Trata-se que pesquisa transversal tendo perspectiva qualitativa, a partir de entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde de nível superior, que fizeram no mínimo 60 avaliações de participantes da pesquisa utilizando o IFBrM, e que aceitassem participar da pesquisa nessa etapa de Validação de Face. Decidiu-se incluir os profissionais que tivessem experiência com o IFBrM e a avaliação da deficiência. As entrevistas ocorreram no último mês de pesquisa, quando os profissionais já haviam encerrado suas avaliações de participantes, e constituem a etapa de Validação de Face da pesquisa de validação do IFBrM para caracterizar quem são as pessoas com deficiência para as políticas sociais brasileiras.

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas fechadas e abertas, em que é possível discorrer sobre uma temática sem se prender a uma única indagação e o entrevistado tem a possibilidade de discorrer com maior abrangência²⁰. O roteiro incluía os blocos: compreensão de deficiência; Avaliação Social; IFBrM; Fatores Contextuais; e, o Final com perguntas sobre percepções gerais sobre a pesquisa.

Os profissionais de saúde foram convidados por e-mail e telefone a participar de forma virtual. As entrevistas foram conduzidas por pesquisadoras Sanitaristas da UnB, que foram capacitadas sobre como realizar entrevistas, e que também atuaram como aplicadoras do instrumento em serviços de saúde no Distrito Federal.

Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e transcritas para a análise qualitativa. As entrevistas foram analisadas a partir da Análise Temática de Conteúdo, que tem os seguintes passos pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação²⁰. Foi feita inicialmente a leitura flutuante de todas as entrevistas, depois foi identificado os grandes temas que emergiram, e a partir deles surgiram outras subcategorias para a exploração junto a literatura científica. A categorização das entrevistas foi realizada utilizando o software MaxQDA 2020.

Essa pesquisa foi registrada em Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE 92261518030020008, com Parecer de aprovação nº 2.986.742 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

Foram identificados 46 profissionais de saúde de todo o Brasil que realizaram pelo menos 60 avaliações, de um universo de 1.301 avaliadores capacitados. Após diversos contatos por correio eletrônico e telefone, 26 profissionais aceitaram a realização da entrevista virtual, tendo a caracterização detalhada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos Avaliadores Entrevistados por Questionário Semiestruturado, Brasil, 2024.

Total de Avaliadores Entrevistados	26	
Total de Avaliações realizadas pelos entrevistados	2558	
	n (26)	%
Sexo		
Feminino	25	96%
Masculino	1	4%
Categoria Profissional		
Assistente Social	6	23%
Fisioterapia	5	19%
Fonoaudiologia	4	15%
Psicóloga	3	12%
Enfermagem	2	8%
Terapeuta Ocupacional	2	8%
Sanitarista	2	8%
Nutricionista	1	4%
Psicopedagoga	1	4%
Tipo de serviço		
Centro Especializado em Reabilitação (CER)	20	77%
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	5	19%
Instituição Educacional	1	4%
Unidade Federativa		
PB	6	23%
SP	5	19%
MS	4	15%
PE	4	15%
RJ	3	12%
DF	2	8%
BA	1	4%
SC	1	4%

No estudo transversal nacional realizado para a validação do IFBrM foram avaliadas 8.795 pessoas em todo o Brasil, em todas as regiões geográficas, o que corresponde a 17.590 avaliações, sendo cada pessoa avaliada por dois profissionais

de categorias distintas. Assim, os 26 entrevistados realizaram ao total 2.558 avaliações em conjunto, representando 14.5% do total das avaliações.

Destaca-se que a duas profissionais com maior número de avaliações no Brasil foram entrevistadas, sendo uma Assistente Social com 219 avaliações e uma Fonoaudióloga com 249 avaliações.

Os próximos tópicos refletem os códigos temáticos que surgiram de acordo com as entrevistas, tendo em vista o objetivo deste artigo científico.

Conceito de deficiência

O conceito de deficiência está em constante evolução conforme detalha a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), assim este conceito cultural intrínseco nas sociedades em que há o entendimento da deficiência enquanto um problema a ser resolvido de esfera individual^{21,22}.

Definir um conceito de deficiência pode auxiliar a explicar como as pessoas se relacionam com as outras e entender as perspectivas de normalidade, anormalidade, capacidade e incapacidade. Segundo Beaundry²³, os conceitos e modelos teóricos sobre a deficiência podem servir para atribuir valor ao fenômeno, nos quais individualmente e coletivamente definimos como vamos reagir a isso, seja com mudanças em normativas ou com as pessoas com deficiência em nosso cotidiano.

Os entrevistados trouxeram de forma majoritária a deficiência enquanto diferença ou desvio da normalidade dos corpos das pessoas e comportamentos, o que o Modelo Biomédico discute, em que essas pessoas são dependentes e não conseguem desempenhar as atividades diárias de forma independente. nessa linha alguns profissionais descreveram que esse desvio da normalidade seja a partir de um impedimento de natureza física, auditiva, mental, intelectual ou visual, derivado de uma condição de saúde²⁴.

Davis²⁵ fez um estudo em que reconstruiu a trajetória do conceito de normalidade que se conhece atualmente. A autora demonstra que a normalidade não é uma condição natural dos humanos, mas uma definição de um certo tipo de sociedade. Onde na Grécia Antiga existia a noção do corpo ideal, mas que o conceito de normalidade como conhecemos veio da estatística no século 19, que buscava estudar a média dos corpos se tornou o paradoxo do tipo ideal. Nesse sentido, as

peças com deficiência se tornaram corpos indesejados, sendo ideias altamente influenciadas por eugenistas que buscaram curar ou exterminar esses sujeitos no século 20.

Nesse sentido, os profissionais de saúde têm como treinamento a busca pela cura das condições de saúde, para que as pessoas atinjam a normalidade esperada. Entretanto a autores²⁶ indicam que todas as pessoas estão suscetíveis a adquirir um impedimento ao longo da vida, pois à medida que envelhecemos nossos corpos se desgastam. Entretanto, nem todo mundo que tem um impedimento necessariamente é uma pessoa com deficiência, e que isso depende do contexto, pois os maiores causadores de impedimentos são a “pobreza, a violência, poluição, envelhecimento, ou seja, o impedimento é criado socialmente”²⁶. A partir da avaliação biopsicossocial é possível avaliar essa relação entre o ambiente e os sujeitos, o que se propõe o IFBrM, pois atualmente qualquer pessoa com o CID previsto em legislação pode ser considerado uma pessoa com deficiência.

Pereira e Barbosa⁶ discutem em seu artigo, sobre a aplicação do IFBrA para fins de aposentadoria, que há uma dificuldade na instrumentalização do conceito de deficiência pelos profissionais de saúde, parte justificado pelas suas bagagens culturais, parte pela consequência da disputa conceitual entre os modelos biomédico e social que são dicotômicos.

Dentre os entrevistados, dois profissionais retomaram o conceito biomédico de deficiência, tendo a definição da deficiência a partir da existência de um laudo médico, e se referiu ao indivíduo avaliado enquanto "paciente" em toda a entrevista, indicando que o participante estava no serviço realizando o "tratamento da deficiência"(enfermeira, p5) e sua “patologia” (enfermeira, p5). Uma segunda profissional indicou que a deficiência é emocional e completou "não descartando a física, a real, né? Mas a física é uma das maiores"(terapeuta ocupacional, p8). Neste quesito, importante destacar, que existem diversas experiências sobre a deficiência e como as pessoas reagem a elas, percebe-se que os profissionais fazem a diferenciação das deficiências visíveis e invisíveis, e constroem essas diferenças e as "certezas" a partir daquilo que se produz na "marca no corpo".

Para Ursine, Pereira e Carneiro²⁷ a deficiência para os profissionais de saúde está ancorada no modelo biomédico, em que há a relação direta com o diagnóstico patológico, ademais há o relacionamento direto com a dimensão da caridade para se prestar as ações em saúde.

Duas palavras frequentes que apareceram nas respostas de todos os profissionais entrevistados foi a associação da definição de deficiência com “limitação” e/ou “dificuldade” em que remetem a tudo aquilo que as pessoas não desempenham de atividades no dia a dia, conforme o trecho “pessoas que apresentam alguma dificuldade pra se locomover, pra se comunicar, aí eu identifico se são pessoas que apresentam algum tipo de deficiência (assistente social, p2)”.

Um ponto importante a ser destacado é a aproximação do conceito de deficiência ao de funcionalidade, trazendo como se fossem conceitos opostos. Enquanto a deficiência é tudo que a pessoa não desempenha, a funcionalidade é quando a pessoa desempenha as tarefas do dia a dia, conforme trecho “Funcionalidade pra mim é se a pessoa consegue executar determinada atividade e a qualidade que ele executa (sanitarista, p1)”.

Segundo a CIF, a funcionalidade e a deficiência são conceitos opostos sendo resultados de interações entre condições de saúde (doenças, distúrbios e lesões) e fatores contextuais. Sendo a funcionalidade o resultado de três níveis o biológico (funções e estruturas do corpo), o individual (atividades) e social (participação). A deficiência por sua vez, envolve disfunções em um ou mais desses mesmos níveis: impedimentos nas funções e estruturas do corpo, limitações de atividades e restrições de participação¹⁹. Mas, existem diversos conceitos sobre o fenômeno da deficiência que as pessoas se utilizam, de acordo com seu contexto social, local físico e tempo na história²⁸.

Verificou-se que quando o profissional tem uma percepção de funcionalidade ampliado, em vez de usar o termo limitação/dificuldade incluiu-se autonomia das pessoas com deficiência e como ela interage com o contexto. Um dos profissionais indicou que quanto mais barreiras ambientais aquela pessoa tinha maior a dificuldade de ele ser funcional, independente e autônomo.

Em complemento os fatores contextuais foram citados como barreiras ou facilitadores para o desempenho das atividades durante a avaliação feita pelo IFBrM. Estes fatores se dividem em ambientais e pessoais. Os Fatores Ambientais permitem uma compreensão de como o contexto em que os indivíduos vivem pode afetar sua saúde, enquanto os Fatores Pessoais podem ser usados para explicar como as características individuais são únicas e podem contribuir para a saúde¹⁹.

Fatores Ambientais

Os Fatores Ambientais são classificados na CIF como Produtos e tecnologia (P&T); Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano (AMB); Apoio e relacionamentos (A&R); Atitudes (AT); e, Serviços, sistemas e políticas (SSP)²⁹. Os profissionais de saúde receberam a orientação em treinamento para que considerassem as barreiras ambientais para que pudessem dar sua nota de desempenho nas atividades do IFBrM. Ao questionar durante a entrevista se foi possível perceber essa influência, todos os profissionais afirmaram que era claramente perceptível essa relação.

Ao total os 26 profissionais entrevistados realizaram 2.558 avaliações de participantes durante validação do instrumento, tendo avaliado pessoas de várias faixas etárias e tipos de impedimentos. Ao questioná-los sobre quais as barreiras ambientais que mais afetavam a realização de atividades de vida diária AMB foi citado por oito entrevistados, sete citaram AT, seis citaram A&R, quatro citaram SSP e dois citaram P&T. Alguns ponderaram que depende de qual a natureza do impedimento, pois o primeiro passo é a acessibilidade que pode ser física, comunicacional ou de tecnologias.

O direito à acessibilidade foi garantido pela CDPD e pela LBI, ademais, importante destacar que ao tornar um ambiente ou serviços acessíveis, as pessoas com deficiência poderão desfrutar, bem como traz benefícios para uma ampla variedade de pessoas⁴.

O acesso foi citado por diversas vezes no sentido amplo desde acessibilidade física de prédios públicos e privados, como a ausência de oportunidade na sociedade. Segundo uma entrevistada se o ambiente fosse adaptado, os indivíduos não necessitariam se adaptar ao ambiente. Segundo outra entrevistada:

“Que as barreiras são realmente muito limitadoras, a deficiência aumenta em prol das barreiras. Quanto mais barreiras maior a dificuldade de ele ser funcional, independente e autônomo. Em muitos casos se não tivessem as barreiras, a pessoa estaria tranquila desempenhando suas atividades sem depender de outra pessoa”
(terapeuta ocupacional, p8).

Hammel³⁰ identificou em seu estudo que há um profundo impacto que os fatores ambientais na participação social das pessoas com deficiência, pode oscilar entre a concessão e a privação de direitos. Uma das participantes suscitou que “a

deficiência é muito mais impactada pela falta de oportunidade do que pelo grau que se classifica hoje da deficiência” (assistente social, p2).

Em complemento a discussão de oportunidade, deve-se levar em consideração que os Fatores Ambientais definem a participação, que é chamado por Magasi et al³¹ de “paradoxo das barreiras”. Nessa teoria, as pessoas com deficiência selecionam, por escolha ou necessidade, os ambientes que lhes oferecem as maiores oportunidades e o menor número de barreiras. Por consequência, há uma limitação da sua esfera de ser mostrando que o ambiente pode ser um facilitador ou uma barreira na participação. Uma das entrevistadas relatou que esse é uma conversa recorrente durante os atendimentos e que impede as pessoas de ter uma participação plena na sociedade:

“será que eu vou conseguir ter um ônibus para ir lá?”, “será que eu vou ter condução?” que a pessoa antes de sair, já pensa nas dificuldades e nas barreiras que vai ter para poder fazer isso, então, uma pessoa com deficiência, se ela não tivesse esse pensamento, isso seria realmente ter participação plena, né? Fazer qualquer atividade. Mas, eu acho que antes de todos eles já pensam “será que eu consigo fazer alguma coisa?”(psicóloga, p23).

No estudo de Hammel et al³². os participantes com deficiência expressaram a necessidade de avaliar o impacto do ambiente em sua participação nos níveis imediato, comunitário e social. Os resultados têm implicações para avaliar facilitadores ambientais e barreiras à participação em ambientes de reabilitação e comunidade, avaliar resultados de intervenções ambientais e efetuar mudanças de sistema e políticas para atingir barreiras ambientais que podem resultar em disparidades de participação social versus oportunidades.

Fatores Pessoais

Os fatores pessoais são aqueles relacionados ao indivíduo, não classificados atualmente na CIF. Segundo a versão brasileira³³, nestes fatores são incluídos “sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, criação, formas de enfrentamento, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência prévia e atual”.

Grotkamp et al³⁴ explica que há uma clara distinção entre os fatores pessoais e o componente “Atividades e Participação” da CIF, enquanto as atividades referem-

se ao desempenho de ações, os fatores pessoais são entendidos como hábitos que descrevem padrões de comportamento. Por exemplo, “Comer” é uma atividade, mas “Comer apenas comidas veganas” é um hábito alimentar e, portanto, um fator pessoal.

No IFBrM esses fatores foram colhidos em um formulário de identificação inicial, em que se questionou sobre o sexo, gênero, escolaridade, domicílio, renda. Na Matriz do IFBrM estes fatores não são detalhados e, portanto, não influenciam o resultado sobre a gravidade da deficiência. Entretanto, questionou-se aos profissionais de saúde se os fatores como gênero, classe social, renda etnia, escolaridade afetam a funcionalidade do indivíduo com deficiência.

Três participantes responderam que esses fatores não afetam a funcionalidade, e os demais afirmaram que afetam. Dentre quais fatores pessoais a renda e classe social apareceu em 14 entrevistas, a ausência do desejo pessoal de realizar uma atividade foi citado quatro vezes, escolaridade duas vezes, gênero duas vezes, idade uma vez, e, cor uma vez. Segundo uma entrevistada:

“Muitas famílias que chegam aqui na instituição elas diziam “não é fácil ser mulher, ser negra e ser pobre” (assistente social, p4).

O fator pessoal que mais aparece é renda que está relacionada à ausência ou presença de políticas públicas. As políticas públicas são a forma de prover oportunidades para exercer seu papel de cidadão com autonomia.

Importante destacar que alguns autores têm publicado artigos que mostram que os fatores pessoais são determinantes, preditores, variáveis mediadoras ou moderadores, e até mesmo desfechos, para a funcionalidade e a deficiência³⁵⁻³⁸. As categorias de fatores pessoais como gênero, sexualidade, raça, etnia e classe, por exemplo, podem ser determinantes na avaliação biopsicossocial da deficiência, tendo assim a caracterização enquanto “pessoa com deficiência” para políticas sociais³⁹.

Participação plena das pessoas com deficiência

A participação é um fenômeno complexo e cheio de nuances que pode ser vivenciado e se desenrolar de forma bastante diferente para diferentes pessoas nos níveis individual, comunitário e social⁵. Considerando os conceitos debatidos nas entrevistas questionou-se aos profissionais de saúde, o que eles entendiam como a participação plena das pessoas com deficiência na sociedade.

autonomia e independência desses sujeitos sem discriminação, conforme trecho da entrevista:

“Creio eu que é uma participação efetiva, uma participação, novamente, independente e sem a participação de outros, não é que ela não precise do outro, que ninguém vive sem precisar de ninguém, mas que ela consiga fazer suas atividades de forma independente” (fonoaudióloga, p25).

Os participantes com deficiência de um estudo entendem que a participação é a necessidade de serem livres para definir e buscá-la em seus próprios termos, em vez de atender a normas sociais predeterminadas. Para eles a participação foi vista como um direito e uma responsabilidade, influenciada e atribuída à pessoa e à sociedade⁵.

A independência, e por extensão a participação, não se define pela capacidade de realizar tarefas por si mesmo, mas está mais relacionada a ter acesso a recursos e apoios para participar livremente⁵. Esse posicionamento foi levantado por uma das entrevistadas que indicou que não se faz inclusão apenas pelo nome, se faz necessário gerar recursos adaptados seja no campo da moradia, condições socioeconômicas, direito de ir e vir, adaptação dos currículos escolares, estruturas das escolas, acesso a alimentação, dentre outras ações na vida prática, na qual resumiu:

“Não acho que sociedade esteja pronta pra receber a pessoa com deficiência e conseqüentemente a pessoa com deficiência ela não tem total funcionalidade, ela não consegue em função dessas barreiras” (fonoaudióloga, p10).

Santos⁴⁰ traz para debate que a restrição de participação é a forma de se avaliar a deficiência na perspectiva da funcionalidade da CIF, em que se deve considerar o papel dos fatores ambientais nessa equação.

Avaliação Biopsicossocial

A base legal para a realização da pesquisa é a LBI que indica que a avaliação da deficiência, quando necessária, 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 participação³.

Considerando a LBI, segundo Santos⁴⁰ a deficiência sai da exclusividade dos aspectos individuais e corporais em que os fatores ambientais são incorporados na sua caracterização. Tendo a perspectiva de ampliar o olhar para as pessoas com deficiência, considerando as diversas experiências no país, que houve a necessidade de validar o IFBrM, assim, os profissionais se manifestaram durante as entrevistas que esse objetivo foi cumprido segundo uma entrevistada:

“O IFBrM tem dois desafios, ele tem o desafio que é a aceitação por parte das políticas, tem que alterar as políticas dos serviços, que é uma obrigatoriedade e segundo de fato o entendimento do IFBrM requer um processo anterior que não é só entender a aplicabilidade dele não, requer o entendimento do que é de fato o modelo de avaliação biopsicossocial, a perceptiva da funcionalidade no modelo biopsicossocial, o IFBrM ele tem esses dois desafios, entendeu?”
(assistente social, p4).

Segundo uma das entrevistadas o instrumento mostra melhor que o usuário é no seu cotidiano, assim o serviço pode atuar de forma mais clara e auxiliar na busca por autonomia.

A avaliação é sobre a funcionalidade dos sujeitos, que podem ter o mesmo CID e resultados diferentes na avaliação porque vivem em contextos sociais distintos. Essa é a característica do modelo biopsicossocial. Não se parte de impedimentos específicos para dar um resultado; parte-se da realidade individual de cada um respeitando a história dos sujeitos e os contextos em que vivem.

Esse é um grande desafio para os profissionais de saúde ao fazer a transição de um conceito biomédico de saúde para um biopsicossocial, durante a avaliação. Isso implica em uma série de reconfigurações mentais das formas de aprendizado nos sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva. Essa mudança de se torna necessário para que os profissionais possam avaliar o ser humano como um ser completo em todas as esferas de sua vida e que isso possa influenciar formações futuras⁴¹.

Conclusões

Este artigo trouxe para debate os conceitos de deficiência de profissionais de saúde que fizeram parte do processo de validação do IFBrM, que tem como proposta a avaliação biopsicossocial. A partir disso, refletiu-se sobre a importância dos fatores ambientais e pessoais, para a garantia da participação plena das pessoas com deficiência na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Se faz necessário reforçar que a deficiência não é a presença ou ausência de um impedimento, nas funções e estruturas do corpo ou mente, mas o resultado de uma relação de multifatores que geram a restrição de participação. Esse entendimento precisa estar presente em qualquer ambiente que se esteja discutindo a avaliação biopsicossocial, pois não adianta mudar a linguagem, é preciso que os profissionais tenham a percepção real do que se trata a avaliação.

Referências

1. Perenboom RJM, Chorus AMJ. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):577-587. doi:10.1080/0963828031000137081
2. Dijkers MP. Issues in the conceptualization and measurement of participation: An overview. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(9 SUPPL.):S5. doi:10.1016/j.apmr.2009.10.036
3. Brasil. *Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015.*; 2015:1-30.
4. OMS OM da S, Mundial B. *Relatório Mundial Sobre a Deficiência.* Lexicus Se.; 2011. doi:10.1097/PHM.0b013e318255982e
5. Hammel J, Magasi S, Heinemann A, Whiteneck G, Bogner J, Rodriguez E. What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2008;30(19):1445-1460. doi:10.1080/09638280701625534
6. Pereira ÉL, Barbosa L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. *Cien Saude Colet.* 2016;21(10):3017-3026. doi:10.1590/1413-812320152110.18352016
7. Biz MCP, Dos Santos M da C, Reis F, Nicolau SM, Furtado JP. Centros Especializados em Reabilitação: avaliando os desafios à implementação do modelo biopsicossocial nas práticas assistenciais à pessoa com deficiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2024;28:e230178. doi:10.1590/INTERFACE.230178

8. Castaneda LR, CASTRO SS, CORREA APC, et al. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): experiências acadêmicas no Brasil. *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): experiências acadêmicas no Brasil*. Published online March 13, 2020. doi:10.24824/978854444049.0
9. Morais I de A. Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós? In: Costa LS, Amorim AC de, Gertner SR da CB, Machado K, Silva GM da, eds. *Itinerário de Reflexões e Práticas de Acessibilidade e Inclusão: A Potência Do Fórum Interinstitucional*. Fundação Oswaldo Cruz; 2023:353-362. Accessed February 27, 2024. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57248>
10. Ribeiro LC, Morais I de A, Castro SS. *CERBRASIL: Avanços, Desafios e Operacionalização Dos Centros Especializados Em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas No Sistema Único de Saúde*. CRV; 2021.
11. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, et al. 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11321. doi:10.3390/ijerph191811321
12. Yen TH, Liou TH, Chang KH, Wu NN, Chou LC, Chen HC. Systematic review of ICF core set from 2001 to 2012. *Disabil Rehabil*. 2014;36(3):177-184. doi:10.3109/09638288.2013.782359
13. Cruz S. *PERFIL DE INCAPACIDADE DA POPULAÇÃO DADULTA E IDOSA DE SANTA CRUZ-RN: ESTUDO MDS-BRASIL.*; 2023.
14. de Castro SS, Castaneda L, de Araújo ES, Buchalla CM. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: Discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016;19(3):679-687. doi:10.1590/1980-5497201600030018
15. Franzoi AC, Xerez DR, Blanco M, et al. Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br. *Acta Fisiátrica*. 2013;20(3):164-170. doi:10.5935/0104-7795.20130028
16. Pereira EL, Pereira LB, BARROS AP do N, et al. *Produto 11 – Documento Técnico e Analítico Final Do Projeto “Implementação Do Modelo Único de Avaliação e Valoração Da Deficiência: Uma Análise Do Processo de Validação Do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) Pelas Políticas Sociais Brasileiras.”*; 2019.

17. Conade CN dos D da P com D. *Resolução Nº 01, de 05 de Março de 2020.*; 2020. Accessed July 29, 2020. https://sei.mdh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=1231589&infra_siste...://www.mdh.gov.br
18. Brasil. *Lei Nº 12.842, de 10 de Julho de 2013.*; 2013. Accessed July 21, 2022. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm
19. WHO. *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF.*; 2002.
20. Minayo MC de S, Assis SG de, Souza ER de. *Avaliação Por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais.* Editora FIOCRUZ; 2005. doi:10.7476/9788575415474
21. Moises RR, Stockmann D. A pessoa com deficiência no curso da história: aspectos sociais, culturais e políticos. Published online 2020.
22. Madeira IM, Maior L. *Movimento Político Das Pessoas Com Deficiência: Reflexões Sobre a Conquista de Direitos.* Vol 10. Inc.Soc; 2017. Accessed February 14, 2021. <http://lattes.cnpq.br/7691713950451253>
23. Beaudry JS. Theoretical Strategies to Define Disability. In: Wasserman DT, Cureton A, eds. *The Oxford Handbook of Philosophy and Disability.* ; 2019. doi:10.1093/oxfordhb/9780190622879.013.3
24. Bernardes LCG. Bioética deficiência e políticas públicas: uma proposta de análise a partir da abordagem da capacidade. Published online 2016:271. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/22355>
25. Davis LJ. Introduction: Normality, Power, and Culture. In: Davis LJ, ed. *The Disability Studies Reader.* Taylor & Francis Group; 2013:1-14.
26. Diniz D. Deficiência e Políticas Sociais: Entrevista com Colin Barnes. *SER Social.* 2013;15(32):237-251. doi:10.26512/SER_SOCIAL.V15I32.13043
27. Ursine BL, Pereira ÉL, Carneiro FF. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? *Interface (Botucatu).* 2018;22(64):109-120. doi:10.1590/1807-57622016.0666
28. Wasserman D, Aas S. Disability: Definitions and Models. In: Zalta EN, Nodelman U, eds. *Stanford Encyclopedia of Philosophy.* ; 2023:1. Accessed April 5, 2024. <https://leibniz.stanford.edu/friends/preview/disability/>
29. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - Online. Published 2024. Accessed March 9, 2024. <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en>

30. Garcia SF, Hahn EA, Magasi S, et al. Development of self-report measures of social attitudes that act as environmental barriers and facilitators for people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(4):596-603. doi:10.1016/j.apmr.2014.06.019
31. Magasi S, Wong A, Gray DB, et al. Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(4):569-577. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.002
32. Hammel J, Magasi S, Heinemann A, et al. Environmental barriers and supports to everyday participation: A qualitative insider perspective from people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(4):578-588. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.008
33. WHO, OPAS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) - Versão Em Português.* Centro Col. (Buchalla CM, ed.). Editora da Universidade de São Paulo; 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf;jsessionid=A1BDC8B2677B01423F8E60641F2D3C23?sequence=111
34. Grotkamp S, Cibis W, Brüggemann S, et al. Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO). *Australian Journal of Rehabilitation Counselling.* 2020;26(2):73-91. doi:10.1017/jrc.2020.14
35. Geyh S, Peter C, Müller R, et al. The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature - A systematic review and content analysis. *Disabil Rehabil.* 2011;33(13-14):1089-1102. doi:10.3109/09638288.2010.523104
36. Mitra S, Shakespeare T. Remodeling the ICF. *Disabil Health J.* 2019;12(3):337-339. doi:10.1016/j.dhjo.2019.01.008
37. Shakespeare T. *Disability Rights and Wrongs Revisited.* Vol 29. Second edi. Routledge; 2014. doi:10.1080/09687599.2013.864874
38. Müller R, Geyh S. Lessons learned from different approaches towards classifying personal factors. *Disabil Rehabil.* 2015;37(5):430-438. doi:10.3109/09638288.2014.923527
39. Mello AG de, Aydos V, Schuch P. Aleijar as antropologias a partir das mediações da deficiência. *Horizontes Antropológicos.* 2022;28(64):7-29. doi:10.1590/S0104-71832022000300001

40. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Cien Saude Colet.* 2016;21(10):3007-3015. doi:10.1590/1413-812320152110.15262016
41. Almeida PJR, Caldeira FID, Gomes C. DO MODELO BIOMÉDICO AO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL. *Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho - REBESDE.* 2022;3(2):17. doi:10.33872/REBESDE.V3N2.E017

6. DISCUSSÃO

Os modelos teóricos são formas que nos ajudam a entender o mundo, ou pelo menos algumas partes sob escrutínio. Se fosse possível escolher uma única perspectiva de análise ou teoria, não seria possível perceber todo o fenômeno da deficiência. Existem diversos modelos teóricos, sendo aprofundados nesta tese aqueles relacionados à realidade brasileira: Biomédico, Social e Biopsicossocial. Os dados apresentados nos produtos retomam esses conceitos que possuem consequência práticas nas vidas das pessoas.

A caracterização da "deficiência" está sujeita a dinâmicas históricas e sociais decorrentes das transformações humanas, sendo, portanto, sujeitos e produtos de seu tempo, tendo conceitos e formas de se avaliar a pessoa com deficiências diferentes para algumas legislações, outras se convergem no conceito, mas na forma de se avaliar. No período de 1988 a 2023 foram identificadas 94 legislações relacionadas aos direitos das pessoas com deficiência no Brasil, sendo 30 legislações selecionadas para este estudo que continham a definição de pessoa com deficiência e/ou avaliação da pessoa com deficiência, disponíveis integralmente no repositório Legislação Federal.

As legislações identificadas no estudo foram comparadas com os três modelos teóricos: identificou-se que 20 (67%) estão voltados ao Modelo Biomédicos, 10 (33%) ao Modelo Biopsicossociais e nenhuma legislação foi classificada como Modelo Social. Em relação às formas de avaliar a deficiência: 10 (33%) não informaram a forma de avaliação; 9 (30%) indicaram que seria a partir de laudo médico com a indicação do código da CID ; 6 (20%) indicaram que a avaliação seria biopsicossocial por equipe multiprofissional e interdisciplinar; três (10%) seria por exame médico pericial; uma (3%) seria por exame médico pericial e laudo médico; e, uma emissão de laudo por equipe multiprofissional.

O Brasil, como muitos outros países que adotaram a CDPD, usou os requisitos robustos e prospectivos desse documento para contribuir para diminuição da discriminação e promover a inclusão, lutas das próprias pessoas com deficiência e seus aliados (pessoas sem deficiência). Eles propuseram várias leis, regulamentos e processos de avaliação da deficiência visando o acesso aos seus direitos humanos

fundamentais previstos na CDPD, entretanto há uma procissão para seu reconhecimento enquanto sujeito de direitos, pois cada política adota um conceito e forma de avaliar (ALVES et al., 2021). Além disso, algumas legislações adotaram o conceito biopsicossocial de deficiência, mas a avaliação permanece com a perspectiva biomédica a partir de exame médico pericial e laudo médico com o CID.

De acordo com os achados, foi possível constatar que a legislação brasileira tem majoritariamente como base o Modelo Biomédico da Deficiência. Entretanto, as políticas sociais implementadas, a partir dos anos 90 no país, demonstram a absorção do Modelo Social da Deficiência que buscavam a superação de barreiras, embora tenha se investido em políticas de saúde de prevenção e reabilitação (BRASIL, 2007), investiu-se também em quotas dentro do mercado de trabalho e em concursos públicos (GUGEL, 2007, 2016).

Ademais, o investimento em políticas públicas remete aos fatores contextuais da CIF, também objeto desta tese, em que foi evidenciado que estes possuem associação com a gravidade da deficiência experimentada pelos indivíduos avaliados na pesquisa de validação do IFBrM, acima de 18 anos.

Em relação aos Fatores Pessoais, verificou-se que ser do sexo masculino, não ter tido relacionamento, estar na faixa etária de 18 a 59 anos e com baixa escolaridade, estão associados à maior chance de deficiência grave. As pessoas com nenhuma escolaridade apresentaram uma Odds Ratio igual a 6,55 para o desfecho grave, o que mostra que a chance desse grupo ter um desfecho grave é 6,55 vezes maior quando comparado ao grupo com ensino médio, completo ou superior. A chance para o nível moderado foi igual a 1,68 e para o nível leve foi de 2,44. A variável sexo apresentou chance maior de ocorrência de níveis graves na categoria “masculino”, que apresentou uma chance 2,11 vezes maior quando comparada à categoria “feminino” para o nível grave. Para o nível moderado, a chance foi de 2,48 e para o nível leve foi de 1,83.

Ressalta-se que no IFBrM utilizado na pesquisa, os fatores pessoais são utilizados para realização da caracterização do participante de pesquisa, não influenciando as notas aplicadas para cada atividade. No entanto, neste estudo são evidenciadas que há associações entre a gravidade da deficiência e pelos fatores pessoais dos participantes.

Quanto aos fatores ambientais identificou-se nesta tese que quando uma pessoa possuía muitas barreiras ambientais nas atividades de um domínio do IFBrM,

ela também possuía muitas barreiras em todos os outros domínios. As barreiras ambientais de “apoio e relacionamentos” e “atitudes” são os que mais apareceram com respostas, em uma frequência além da esperada por aleatoriedade, que não se encontravam em nenhum domínio específico. Esse dado indica que dentre as barreiras ambientais, a ausência de apoio de alguém próximo para realizar as atividades diárias e sofrer o capacitismo influenciam na funcionalidade.

As barreiras ambientais relacionadas a "Serviços, Sistemas e Políticas" e o domínio de "Educação, Trabalho e Vida Econômica" são vistas como particularmente significativas e únicas em sua influência. Esses dados se relacionam com os achados identificados no artigo sobre os Fatores Pessoais, que refletem a relação intrínseca entre as políticas de educação e emprego, além da saúde para se evitar o ciclo da pobreza (BANKS; KUPER; POLACK, 2017; GROCE et al., 2011). Devem se implementar estratégias de cuidado em saúde para que os indivíduos possam atingir suas potencialidades.

Cabe destacar que no IFBrM há a identificação das barreiras ambientais por atividades. Entretanto, os resultados da pesquisa mostram que a pontuação não é influenciada pela identificação das barreiras e conseqüentemente, na gravidade da deficiência. Portanto, devem ser elaboradas novas estratégias de aprimoramento do instrumento, visto que conforme demonstrado neste estudo, as barreiras ambientais estão associadas à funcionalidade em diversas atividades e participação.

Todos esses componentes biológicos e sociais são incorporados ao Modelo Biopsicossocial da Deficiência, proposto pela CIF. Neste modelo é reconhecido que a experiência da deficiência é um fenômeno multidimensional, influenciado não apenas por impedimentos auditivos, físicos, mentais, intelectuais e/ou visuais oriundos de condições de saúde, mas também por uma variedade de fatores pessoais e ambientais.

Enquanto um modelo multidimensional, as situações pessoais e ambientais se relacionam. Em um determinado caso de uma pessoa com dor crônica nas articulações, leva a dificuldade de mobilidade, nesse caso a pessoa pode buscar tecnologias medicamentosas, mas ao mesmo tempo, ao sair de casa a pessoa sente dor e dificuldade de andar até o mercado, pois não há acessibilidade na via pública, tem lances de escadas na entrada do mercado e não tem o carrinho motorizado no mercado que poderia auxiliar nas compras. Esse é um relato comum e curioso. Se formos pelo conceito biomédico a dor crônica de forma exclusiva seria considerada

(embora a legislação brasileira não tenha incluído em seu rol). Para o modelo social, não ter acessibilidade para fazer compras no mercado seria a deficiência. Para o modelo biopsicossocial, ter a perda de mobilidade, que tem por fato gerador um impedimento, que restringe minha participação de fazer compras, seria a deficiência.

A decisão das pessoas com deficiência de sair ou não de casa é o momento que todos os aspectos dos fenômenos individuais e coletivos se chocam. Em que pese o fator de renda, local de moradia, disponibilidade de transporte acessível, acessibilidade do local de destino, dentre outros muitos aspectos. Algumas questões são levantadas no caso relatado, a dor é suportável? Tenho medicamento para manejo da dor? Sair vai aumentar a dor? Será que consigo me relacionar com as pessoas sentindo dor? Qual a consequência de uma crise de dor?. Para além de aceitar a deficiência enquanto uma característica humana, é necessário entender que cada pessoa é única e se relaciona com o seu impedimento, com a sua personalidade, e com os fatores ambientais que a cercam.

A integração dos fatores ambientais para a mensuração e caracterização das pessoas com deficiência no Brasil, permite uma compreensão mais integral das experiências dos sujeitos sobre as suas realidades cotidianas.

Nesse quesito é interessante incorporar a discussão de Magasi e colaboradores (2015) sobre o “paradoxo das barreiras” em que as pessoas selecionam, por escolha ou necessidade, os ambientes que lhes oferecem as maiores oportunidades e o menor número de barreiras. Por meio desse processo de auto-seleção, as pessoas podem evitar acessar ambientes diante de barreiras/desafios, ao mesmo tempo em que potencialmente limitam sua esfera de ser.

Aproximando desses argumentos, Schwab e colaboradores (2022) argumenta que embora as variáveis individuais sejam claramente importantes para as pessoas com deficiência, há uma lacuna de conhecimento relacionada a como os fatores pessoais interagem com os fatores ambientais na conformação das condições contextuais que, segundo a CIF, são críticas para explicar a funcionalidade. Para os autores, é a partir dessa interação que surgem as oportunidades de ação, o que pode criar ou impedir momentos de participação social, descritos pelos autores como "eu-posso" ou "eu-não posso".

No artigo sobre a percepção dos profissionais percebe-se que os entrevistados conseguem compreender os componentes da avaliação biopsicossocial da deficiência, enfatizando a necessidade de considerar tanto os impedimentos,

quanto os fatores contextuais que se influenciam para garantir a participação social de forma plena. Os profissionais entrevistados reconheceram o impacto significativo dos fatores ambientais e pessoais na participação social das pessoas com deficiência e a importância de considerar esses fatores na avaliação. Identificou-se que a percepção dos profissionais da deficiência está em processo de transformação para além do modelo biomédico.

Entretanto, ao mudar para a perspectiva de que a deficiência resulta de interações entre impedimentos e fatores ambientais e pessoais que afetam seu desempenho na vida diária, algumas pessoas podem não ser mais consideradas como pessoas com deficiência. Assim, existem disputas políticas em curso: gestores que buscam a economia de recursos; instituições representativas de pessoas com deficiência que buscam que sua condição de saúde seja reconhecida como pessoa com deficiência, sem avaliação biopsicossocial; e, categorias profissionais em que desejam ter exclusividade e centralidade na avaliação (CARIBÉ, 2022).

Por fim, a operacionalização da avaliação biopsicossocial não foi debatida nesta tese de forma aprofundada, mas merece o destaque. Pois estamos desde 2008 discutindo qual o instrumento a ser utilizado, quantos mais anos até realmente um sistema de avaliação em funcionamento. Até lá, pessoas com deficiência seguem tendo direitos negados e com a peregrinação do laudo médico, que não reconhece sua necessidade.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação deste estudo foi a falta de acesso a diversas publicações internacionais, em língua inglesa, sendo necessário recorrer a ferramentas como *sci.hub*, *academia.edu* e *researchgate*, para ter um panorama atual das publicações sobre as temáticas desta tese. Assim, podem ter outras publicações que não foram encontradas durante essa pesquisa que poderiam auxiliar na discussão dos achados.

Outra limitação foi fazer pesquisa durante anos de pandemia, em que as discussões em grupos de pesquisa foram escassas, falecimento por covid em diversas famílias, energias voltadas para outros esforços de sobrevivência, tornaram a finalização da tese um desafio.

Este estudo possui outras limitações, os resultados apresentados na tese a partir da validação do IFBrM advém de uma população com amostra de conveniência de serviços voluntários, não sendo possível inferir os resultados para a população brasileira. Outra limitação é que a avaliação foi realizada por profissionais diferentes em 57 municípios brasileiros mediante entrevistas. Eventuais vieses foram amenizados mediante o treinamento de profissionais de saúde que realizaram o trabalho de coleta de dados. Mesmo assim pode ter acontecido falta de veracidade nas respostas, omissões ou respostas socialmente desejáveis.

Outra limitação foi sobre a população da amostra que foi selecionada em serviços de saúde após seu atendimento regular, ou seja, já tinham acesso e acessibilidade ao serviço, com mobilidade para chegar a um atendimento. É concebível também que alguns pacientes ou seus acompanhantes tenham tido vieses de memória. Finalmente, diante da falta de um padrão ouro na elaboração do IFBrM, a avaliação da deficiência foi realizada com base na autopercepção de limitação em concordância com os profissionais avaliadores. Isto poderia representar uma limitação para a classificação da deficiência.

8. CONCLUSÃO

Os modelos de deficiência têm o potencial de aprofundar nossa avaliação da deficiência, suas múltiplas realidades, e como entender e até mesmo medir essas realidades quando necessário. Depois de muitos anos avaliando a deficiência sob a perspectiva médica, o Brasil construiu, desde a década de 1990, uma série de políticas públicas baseadas no Modelo Social que buscavam romper barreiras sociais. Enquanto o modelo biopsicossocial trouxe ferramentas para definir deficiência, o modelo social nos deu ferramentas para mudar contextos.

Mesmo sendo um tema debatido há mais de uma década, a avaliação biopsicossocial da deficiência permanece sem regulamentação.

O debate brasileiro sobre avaliação está intrínseco aos Modelos Teóricos e como conceituamos a deficiência, se ela está no corpo dos sujeitos, se está na sociedade ou se está na interação destes dois. Entretanto, deve-se pontuar que essas discussões estão ocorrendo em todas as partes em eventos acadêmicos, de gestores de políticas públicas, controle social, instituições representativas de pessoas com deficiência, campo jurídico e legislativo.

Ter uma definição guarda-chuva de deficiência tem repercussão na vida das pessoas. A inclusão dos fatores contextuais para a análise social e na avaliação da deficiência aproxima a definição de pessoas com deficiência ao de definição de saúde, que seja resultado de determinantes sociais, mas sem desconsiderar a importância do impedimento.

Destaca-se que atualmente no Brasil temos discutido a abrangência das políticas de proteção social e seus critérios de discriminação “positiva”, considerando a definição de equidade, que deve estar em pauta quando discute-se as políticas públicas universais.

Conclui-se que o conceito da CDPD e a LBI devem ser adotados em todas as legislações brasileiras, e aquelas contrárias devem ser revogadas. Essa definição deixa claro que a deficiência é multidimensional e resulta de níveis individuais e sociais multifatoriais.

Entende-se que os profissionais habilitados para realização da avaliação da deficiência precisam ter um treinamento de forma contínua, para que consigam ter a mudança de preconceitos formulados em sua formação sobre o Modelo Biomédico para o Modelo Biopsicossocial. O impedimento será avaliado por médico capacitado,

com a caracterização de existência alteração na função e estruturas do corpo e da mente, conforme previsto na Lei do Ato Médico, indicando a natureza do impedimento como físico, auditivo, visual, intelectual e/ou mental. Além disso, o médico deve indicar se o impedimento é transitório ou permanente. Após essa etapa, a pessoa passará pela avaliação biopsicossocial com o IFBrM, aplicado por dois profissionais de nível superior habilitados. Esses profissionais devem considerar os impedimentos já identificados pelo médico e avaliar os impactos nas atividades e participação, bem como as barreiras ambientais. Além das discussões teóricas, reafirmamos que o empoderamento das pessoas com deficiência deve ser preservado durante o processo avaliativo.

Ao mudar a forma de avaliar a deficiência, serão promovidas mudanças na forma de formulação de políticas públicas para as pessoas com deficiência no País. São necessárias mudanças para a gestão financeira e burocrática em larga escala no Brasil.

A participação social é fruto da interação dos sujeitos, suas particularidades e com seus ambientes, sendo essas relações singulares. Os fatores pessoais e ambientais se mostram como importantes variáveis para se entender e avaliar a experiência da deficiência na população brasileira.

Assim, essa tese vai de encontro a uma lacuna teórica, acadêmica e política, sendo de suma importância que a ciência possa subsidiar as discussões a cerca da avaliação biopsicossocial da deficiência no Brasil, visto que afeta o acesso a políticas sociais de milhões de brasileiros.

A avaliação biopsicossocial não apenas caracteriza a deficiência, mas auxilia na construção de intervenções direcionadas para melhorar a vida das pessoas com deficiência ao identificar fatores contextuais, além de fortalecer a responsabilidade coletiva de criar ambientes mais inclusivos e acessíveis.

9. REFERÊNCIAS

1. ABBERLLEY, P. The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. **Disability, Handicap & Society**, p. 15, 1987.
2. ADAM, S.; KOUTSOKLENIS, A. Who needs the social model of disability? **Frontiers in Sociology**, 2023.
3. ALEKSANDRA BERG et al. Deficiência e Emancipação Social. Para uma crise da normalidade. 2016.
4. ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D.; GOMES, C. DO MODELO BIOMÉDICO AO MODELO BIOPSISSOCIAL. **Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho - REBESDE**, v. 3, n. 2, p. 17, 2022.
5. ALTMAN, B. M. Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications. Em: ALBRECHT, G. L.; SEELMAN, K. D.; BURY, M. (Eds.). **Handbook of Disability Studies**. London: Sage Publications Inc., 2001. p. 97–122.
6. ALVES, D. et al. **RELATÓRIO DE ANÁLISE EX ANTE DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO DA AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL DA DEFICIÊNCIA EXPEDIENTE**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Doc.14Relatorio_da_Analise_Ex_Ante_do_Sist_Unificado_vfinal.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2021.
7. ATHAYDE, F.; MANCUZO, E. V.; CORRÊA, R. DE A. **Influência ambiental sobre a incapacidade física: Uma revisão sistemática da literatura**. **Ciencia e Saude Coletiva** Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saúde Coletiva, , 1 nov. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29211170/>>. Acesso em: 11 nov. 2020
8. BALLERT, C. S. et al. Using the refined ICF Linking Rules to compare the content of existing instruments and assessments: a systematic review and exemplary analysis of instruments measuring participation. **Disability and Rehabilitation**, v. 41, n. 5, p. 584–600, 27 fev. 2019.
9. BAMPI, L. N. DA S.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Modelo Social: uma nova abordagem para o tema da deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 816–823, 2010.

10. BANKS, L. M.; KUPER, H.; POLACK, S. **Poverty and disability in low-And middleincome countries: A systematic review** PLoS ONE. Londres: [s.n.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996>>. Acesso em: 14 fev. 2021.
11. BARBOSA, L.; PEREIRA, E. L.; RODRIGUES, D. DA S. LC 142: desafios da avaliação da deficiência em um marco de justiça. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 4, p. 909–915, 2017.
12. BARRETO, M. C. A.; ARAÚJO, L. F.; DE CASTRO, S. S. Relação de fatores pessoais e ambientais com a prevalência de deficiências físicas adquiridas no Brasil - estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1435–1442, 22 abr. 2022.
13. BARROS, A. P. DO N. et al. **Produto 11 – Documento técnico e analítico final do projeto “Implementação do Modelo Único de Avaliação e Valoração da Deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras”**. [s.l: s.n.].
14. BARROS, A. P. DO N. **A disputa por hegemonia sobre a concepção de deficiência no Brasil a partir do Modelo Único de Avaliação da Deficiência entre os anos 2015 a 2022**. Tese de Doutorado—Brasília: Universidade de Brasília, 2023.
15. BEAUDRY, J. S. Beyond (Models of) disability? **Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)**, v. 41, n. 2, p. 210–228, 1 abr. 2016.
16. BEAUDRY, J.-S. Theoretical Strategies to Define Disability. Em: WASSERMAN, D. T.; CURETON, A. (Eds.). **The Oxford Handbook of Philosophy and Disability**. [s.l: s.n.].
17. BERGHS, M. et al. Implications for public health research of models and theories of disability: a scoping study and evidence synthesis. **PUBLIC HEALTH RESEARCH**, v. 4, 2016.
18. BERNARDES, L. C. G. Bioética, deficiência e políticas públicas: percepção de gestores públicos e defensores de direitos. p. 115, 2011.
19. BERNARDES, L. C. G. Bioética deficiência e políticas públicas : uma proposta de análise a partir da abordagem da capacidade. p. 271, 2016.
20. BERNARDES, L. C. G. Avaliação Biopsicossocial da Deficiência: Como avançar para a inclusão efetiva? **Revista Reação**, 2022.

21. BERNARDES, L. C. G.; MARCELINO, M. A.; VILELA, L. V. DE O. **Avaliação da deficiência para acesso a políticas públicas: contribuições para um instrumento unificado de avaliação da deficiência**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.38116/td2979-port>>. Acesso em: 7 abr. 2024.
22. BIRON, L. et al. **Pesquisa e produção do conhecimento para disseminação sobre temas diversos da pessoa idosa**. [s.l: s.n.]. . Acesso em: 7 abr. 2024.
23. BOURKE, J. A. et al. Measuring disability: An agreement study between two disability measures. **Disability and Health Journal**, v. 14, n. 2, 1 abr. 2021.
24. BRASIL. Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993. . 1993.
25. BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. . 1999.
26. BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. . 2004.
27. BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. , 2009.
28. BRASIL. Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. . 2013.
29. BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. . 2015, p. 1–30.
30. BRASIL. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. . 2019.
31. BRASIL. **Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência**. Brasília: [s.n.]. . Acesso em: 1 abr. 2024.
32. BRASIL. **Pessoas com Deficiência: Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos, pesquisas e sistemas do Governo Federal**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <www.gov.br/mdh/pt-br>. Acesso em: 1 abr. 2024.
33. BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: [s.n.].
34. BRASIL, M. DA SAÚDE. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Brasília, 2012.
35. BRASIL, P. DA R. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. . 1988.
36. BROWNLEE, KIMBERLEY; CURETON, A. **Disability and Disadvantage**. [s.l: s.n.].
37. CAMPOS, P. M. X. **Deficiência e preconceito: a visão do deficiente**. [s.l.] Universidade de Brasília, 2008.

38. CARIBÉ, S. R. C. S. R. C. C. **A Instrumentação da Ação Pública na Avaliação Biopsicossocial da Deficiência: Uma análise da Experiência Brasileira.** São Paulo: FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 2022.
39. CASTANEDA, L. R. et al. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): experiências acadêmicas no Brasil. **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): experiências acadêmicas no Brasil**, 13 mar. 2020.
40. CASTRO, S. C. L. C. **Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).** [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf?sequence=19>. Acesso em: 30 jun. 2020.
41. CASTRO, S. S. et al. Aferição de funcionalidade em inquiridos de saúde no Brasil: Discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 679–687, 2016.
42. CASTRO, S. S. et al. Thoughts on the discussion about the revision of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Acta Fisiatra**, p. 230–233, 2019.
43. CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 385–391, dez. 2017.
44. CELLARD, A. A análise documental. Em: POUPART, J. et al. (Eds.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis - RJ: [s.n.]. p. 285–316.
45. CERNIAUSKAITE, M. et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: Its use, implementation and operationalisation. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 4, p. 281–309, 2011.
46. CIEZA, A. et al. Rethinking Disability. **BMC Medicine**, v. 16, n. 1, 26 jan. 2018.
47. COELHO, J. N. **Validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro e descrição do perfil funcional de indivíduos com doença neurovascular, amputações, lesão medular e lombalgia.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 29 abr. 2020.

48. CONADE, C. N. DOS D. DA P. COM D. Resolução nº 01, de 05 de março de 2020. . 5 mar. 2020.
49. DA SILVA, É. G. C. et al. Translation and cross-cultural adaptation of the Model Disability Survey (MDS) for Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 57, 2023.
50. DAVIS, L. J. Introduction: Normality, Power, and Culture. Em: **The Disability Studies Reader**. [s.l: s.n.]. v. Fourth Edip. 581.
51. DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 324–335, 2008.
52. DIJKERS, M. P. **Issues in the conceptualization and measurement of participation: An overview**. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** W.B. Saunders, , 2010.
53. DINIZ, D. Modelo social da deficiência: a crítica feminista. **SerieAnis**, v. 29, p. 1–8, jul. 2003.
54. DINIZ, D. **O que é Deficiência?** [s.l: s.n.]. v. 15
55. DINIZ, D. Deficiência e Políticas Sociais: Entrevista com Colin Barnes. **SER Social**, v. 15, n. 32, p. 237–251, 30 set. 2013.
56. DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. v. 23, n. 10, p. 2507–2510, 2007.
57. DUTRA, F. C. M. S. et al. Empirical analysis of the international classification of functioning, disability and health (ICF) using structural equation modeling. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 20, n. 5, p. 384–394, 1 set. 2016.
58. ENGEL, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **American Association for the Advancement of Science**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.
59. ENGEL, G. L. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. **Am J Psychiatry**, v. 137, n. 5, p. 535, 1980.
60. FARIA-FORTINI, I. et al. Adaptação transcultural e reprodutibilidade do Measure of the Quality of the Environment em indivíduos com hemiparesia. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, p. 42–51, 2016.
61. FEDERICI, S. et al. **World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review**. **Disability and**

- Rehabilitation** Taylor and Francis Ltd, , 6 nov. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27820966/>>. Acesso em: 11 nov. 2020
62. FERNANDES, L. B.; SCHLESENER, A.; MOSQUERA, C. BREVE HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA E SEUS PARADIGMAS. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, v. 2, n. 24, p. 132–144, 2011.
63. FRANCIS, L. P. Understanding Autonomy in Light of Intellectual Disability. **Disability and Disadvantage**, v. 304, 2015.
64. FRANZOI, A. C. et al. Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 3, p. 164–170, 9 set. 2013.
65. FURTADO, S. R. C. et al. Versão brasileira do instrumento de avaliação ambiental *Craig Hospital Inventory of Environmental Factors* (CHIEF): tradução, adaptação cultural e confiabilidade. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 18, n. 3, p. 259–267, 2014.
66. GARLAND-THOMSON, R. Integrating Disability, Transforming Feminist Theory. **NWSA Journal**, v. 14, n. 3, p. 1–32, 2002.
67. GARLAND-THOMSON, R. The Case for Conserving Disability. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 9, n. 3, p. 339–355, set. 2012.
68. GARRAD, J.; BENNETT, A. E. A validated interview schedule for use in population surveys of chronic disease and disability. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 25, n. 2, p. 97–104, 1971.
69. GEYH, S. et al. The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature - A systematic review and content analysis. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 13–14, p. 1089–1102, 2011.
70. GEYH, S. et al. Representing and organizing information to describe the lived experience of health from a personal factors perspective in the light of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a discussion paper. **Disability and Rehabilitation**, v. 41, n. 14, p. 1727–1738, 3 jul. 2019.
71. GINSBURG, F.; RAPP, R. Enabling Disability: Rewriting Kinship, Reimagining Citizenship. Em: DAVIS, L. J. (Ed.). **The disability studies reader**. [s.l.] Taylor & Francis Group, 2013. p. 185–201.

72. GOLDINER, A. Understanding “Disability” as a Cluster of Disability Models. **The Journal of Philosophy of Disability**, v. 2, p. 28–54, 2022.
73. GROCE, N. et al. **Disability and poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice**. **Third World Quarterly**, set. 2011.
74. GROTKAMP, S. et al. Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO). **Australian Journal of Rehabilitation Counselling**, v. 26, n. 2, p. 73–91, 2020.
75. GRUPO DE WASHINGTON PARA ESTATÍSTICAS. Como criar indicadores de severidade de deficiências usando o Conjunto Resumido de Perguntas sobre Funcionalidade do Grupo de Washington (WG-SS). 2023.
76. GUGEL, M. A. **PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O DIREITO AO TRABALHO**. Florianópolis: LETRAS CONTEMPORÂNEAS - OFICINA EDITORIAL LTDA., 2007.
77. GUGEL, M. A. **PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O DIREITO AO CONCURSO PÚBLICO - RESERVA DE CARGOS E EMPREGOS PÚBLICOS - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA E INDIRETA**. Editora da UCG: [s.n.].
78. HALL, M. C. **Critical Disability Theory**. **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, 2019. Disponível em: <<https://leibniz.stanford.edu/friends/preview/disability-critical/>>. Acesso em: 5 abr. 2024
79. HAMMEL, J. et al. What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. **Disability and Rehabilitation**, v. 30, n. 19, p. 1445–1460, 2008.
80. HEINEMANN, A. W. et al. Environmental factors item development for persons with stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 96, n. 4, p. 589–595, 1 abr. 2015.
81. HURST, R. The international disability rights movement and the ICF. **Disability and Rehabilitation**, v. 25, n. 11–12, p. 572–576, 2003.
82. IBGE. **Questionário Amostra do Censo Demográfico de 2022**. Brasília: [s.n.]. . Acesso em: 6 jul. 2024.
83. INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pessoas com Deficiência 2022 - PNAD contínua contínua Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. p. 1–16, 2023.

84. JACOB, M.; COX, S. R. Examining transgender health through the International Classification of Functioning, Disability, and Health's (ICF) Contextual Factors. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 12, p. 3177–3185, 2017.
85. KAFER, A. **Feminist, queer, crip**. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 2013.
86. KITTAY, E. F. **Love's labor: essays on women, equality, and dependency**. [s.l: s.n.].
87. KUHN, T. S. **The Structure of Scientific Revolutions**. [s.l: s.n.]. v. 2
88. KUPER, H.; HEYDT, P. **The Missing Billion ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR 1 BILLION PEOPLE WITH DISABILITIES**. London: [s.n.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996>>. Acesso em: 2 ago. 2020.
89. LEONARDI, M. et al. 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 18, p. 11321, 8 set. 2022.
90. LUGG, W. The biopsychosocial model – history, controversy and Engel. **Australasian Psychiatry**, v. 30, n. 1, p. 55–59, 1 fev. 2022.
91. MADANS, J. H.; LOEB, M. E.; ALTMAN, B. M. Measuring disability and monitoring the un Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The work of the Washington Group on Disability Statistics. **BMC Public Health**, v. 11, n. SUPPL. 4, p. S4, 2011.
92. MADDEN, R. H.; BUNDY, A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. **Disability and Rehabilitation**, v. 41, n. 12, p. 1450–1462, 5 jun. 2019.
93. MADEIRA, I. M.; MAIOR, L. **Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos Inclusão Social**. [s.l.] Inc.Soc, 1 dez. 2017. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/7691713950451253>>. Acesso em: 14 fev. 2021.
94. MAGASI, S. et al. Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 96, n. 4, p. 569–577, 2015.
95. MAIOR, I. História , conceito e tipos de deficiência. v. 1960, p. 1–8, 2009.

96. MELLO, A. G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3265–3276, 1 out. 2016.
97. MELLO, A. G. DE; AYDOS, V.; SCHUCH, P. Aleijar as antropologias a partir das mediações da deficiência. **Horizontes Antropológicos**, v. 28, n. 64, p. 7–29, 24 out. 2022.
98. MELLO, ; NUERNBERG, A. H. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. Em: **Revista Estudos Feministas**. [s.l: s.n.]. v. 20p. 635–655.
99. MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G. DE;; SOUZA, E. R. DE. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2005.
100. MITRA, S.; SHAKESPEARE, T. Remodeling the ICF. **Disability and Health Journal**, v. 12, n. 3, p. 337–339, 2019.
101. MOISES, R. R.; STOCKMANN, D. A pessoa com deficiência no curso da história: aspectos sociais, culturais e políticos. 2020.
102. MORAIS, I. DE A. Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós? Em: COSTA, L. S. et al. (Eds.). **Itinerário de reflexões e práticas de acessibilidade e inclusão: a potência do Fórum Interinstitucional**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2023. p. 353–362.
103. MORWANE, R. E.; DADA, S.; BORNMAN, J. Barriers to and facilitators of employment of persons with disabilities in low- and middleincome countries: A scoping review. **African Journal of Disability**, v. 10, p. 1–12, 2021.
104. MOSEY, A. C. An alternative: The biopsychosocial model. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 28, p. 137–140, 1974.
105. MÜLLER, R.; GEYH, S. Lessons learned from different approaches towards classifying personal factors. **Disability and Rehabilitation**, v. 37, n. 5, p. 430–438, 1 mar. 2015.
106. OLIVER, M. Social Policy and Disability: Some theoretical issues. **Disability, Handicap & Society**, v. 1, n. 1, p. 5–17, 1986.
107. OLIVER, M. The Social Model in Action: if I had a hammer. Em: BARNES, C.; MERCER, G. (Eds.). **Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research**. [s.l.] Leeds: The Disability Press, 2004. p. 18–31.

108. OLIVER, M. The Social Model: History, Critique and Response. Em: **Understanding Disability: From Theory to Practice**. Second Edition ed. [s.l.: s.n.]. p. 41–57.
109. OLIVER, M. The Social Model in Context. Em: TITCHKOSKY, T.; MICHALKO, R. (Eds.). **Rethinking Normalcy: A Disability Studies Reader**. Toronto, Ontario: [s.n.]. p. 19–30.
110. OMS, O. M. DA S.; MUNDIAL, B. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. Lexicus Se ed. São Paulo: [s.n.].
111. PALMER, M.; HARLEY, D. **Models and measurement in disability: An international review**. **Health Policy and Planning**, ago. 2012.
112. PEREIRA, É. L.; BARBOSA, L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3017–3026, 1 out. 2016.
113. PERNAMBUCO, A. P.; LANA, R. DE C.; POLESE, J. C. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 134–142, jun. 2018.
114. PFEIFFER, D. A Comment on the Social Model(s). **Disability Studies Quarterly**, v. 22, n. 4, p. 234–235, 2002.
115. PRODINGER, B. et al. The measurement of functioning using the International Classification of Functioning, Disability and Health: comparing qualifier ratings with existing health status instruments. **Disability and Rehabilitation**, v. 41, n. 5, p. 541–548, 27 fev. 2019.
116. R CORE TEAM. **MCA: Multiple Correspondence Analysis (MCA)**. Disponível em: <<https://www.rdocumentation.org/packages/FactoMineR/versions/2.9/topics/MCA>>. Acesso em: 28 mar. 2024.
117. REILLY, P. R. **Eugenics and Involuntary Sterilization: 1907-2015**. 2015.
118. REINHARDT, J. D. et al. **Measuring impact of environmental factors on human functioning and disability: A review of various scientific approaches**. **Disability and Rehabilitation**, 2011.
119. RIOS, C.; PEREIRA, É. L.; MEINERZ, N. Apresentação: Perspectivas antropológicas sobre deficiência no Brasil. **Anuário Antropológico**, n. 1, p. 29–42, 2019.

120. SABARIEGO, C. et al. Measuring disability: Comparing the impact of two data collection approaches on disability rates. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, n. 9, p. 10329–10351, 25 ago. 2015a.
121. SABARIEGO, C. et al. **Response to madans et al. Comments on sabariego et al. measuring disability: Comparing the impact of two data collection approaches on disability rates. Int. J. Environ. Res. Public health, 2015, 12, 10329–10351. International Journal of Environmental Research and Public HealthMDPI**, , 22 dez. 2015b.
122. SAMAHA, A. M. What good is the social model of disability? **University of Chicago Law Review**, v. 74, n. 4, p. 1251–1308, 2007.
123. SANTOS, F. L. **História da deficiência: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial - concepções, limites e possibilidades**. XVI Encontro Regional de História. **Anais...**2018.
124. SANTOS, W. Modelo social, interdisciplinaridade e intersetorialidade: desafios às políticas sociais para a deficiência no Brasil. Em: NOGUEIRA, R. P. et al. (Eds.). **Observatório Internacional de Capacidades Humans, Desenvolvimento e Políticas Públicas**. [s.l: s.n.]. p. 262–280.
125. SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3007–3015, 2016.
126. SCHWAB, S. M. et al. Personal factors understood through the Ecological-Enactive Model of Disability and implications for rehabilitation research. **Frontiers in Rehabilitation Sciences**, v. 3, 2022.
127. SETUBAL, J. M.; FAYAN, R. A. C. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Comentada**. Campinas: Fundação FEAC, 2017.
128. SHAKESPEARE, T. The Social Model of Disability. Em: **The disabilities studies reader**. [s.l: s.n.]. p. 266–73.
129. SHAKESPEARE, T. **Disability Rights and Wrongs Revisited**. Second edition ed. [s.l.] Routledge, 2014.
130. SHAKESPEARE, T. UNDERSTANDING DISABILITY. Em: SHAKESPEARE, TOM. (Ed.). **Disability: The Basics**. [s.l: s.n.]. v. 1p. 1–23.

131. SHAKESPEARE, T.; WATSON, N. The social model of disability: an outdated ideology? **Research in Social Science and Disability**, v. 2, p. 9–28, 2002.
132. SHAKESPEARE, T.; WATSON, N.; ALGHAIB, O. A. Blaming the victim, all over again: Waddell and Aylward’s biopsychosocial (BPS) model of disability. **Critical Social Policy**, v. 37, p. 22–41, 2017.
133. SILVA, J. L. P. DA; DINIZ, D. Mínimo social e igualdade: deficiência, perícia e benefício assistencial na LOAS. **Revista Katálysis**, v. 15, n. 2, p. 262–269, 2012.
134. SMITH, E. M.; SAKAKIBARA, B. M.; MILLER, W. C. A review of factors influencing participation in social and community activities for wheelchair users. **Disabil Rehabil Assist Technol.**, p. 361–74, 2016.
135. UPIAS. Fundamental Principles of Disability. 1976.
136. ÜSTÜN, T. B. et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. **Disability and Rehabilitation**, v. 25, n. 11–12, p. 565–571, 2003.
137. VAN OUDENHOVE, L.; CUYPERS, S. The relevance of the philosophical “mind-body problem” for the status of psychosomatic medicine: A conceptual analysis of the biopsychosocial model. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 17, n. 2, p. 201–213, 2014.
138. WADDEL, G. A New Clinical Model for the Treatment of Low-Back Pain. **Spine**, v. 12, p. 632–644, 1978.
139. WADDELL, G.; AYLWARD, M. **Models of sickness and disability: applied to common health problems**. [s.l.] Royal Society of Medicine Press, 2009.
140. WASSERMAN, D.; AAS, S. Disability: Definitions and Models. Em: ZALTA, E. N.; NODELMAN, U. (Eds.). **Stanford Encyclopedia of Philosophy**. [s.l: s.n.]. p. 1.
141. WHO. **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps**. Geneva: [s.n.]. . Acesso em: 5 abr. 2024.
142. WHO. **Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF**. Geneva: [s.n.]. . Acesso em: 9 mar. 2024.

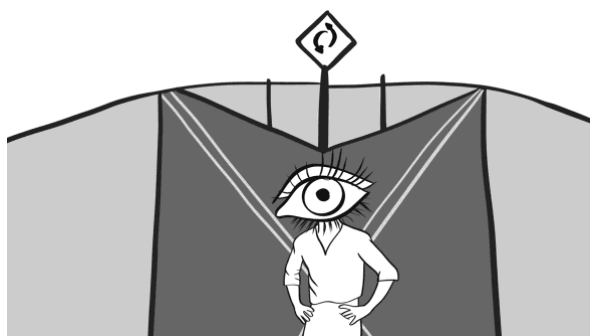
143. WHO. **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - Online**. Disponível em: <<https://icd.who.int/dev11/l-icf/en>>. Acesso em: 9 mar. 2024.
144. WHO; OPAS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) - versão em português** (C. M. Buchalla, Ed.). [s.l.] Editora da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf;jsessionid=A1BDC8B2677B01423F8E60641F2D3C23?sequence=111>.
145. WHO; WORLD BANK. **World Report on Disability**. [s.l.: s.n.]. . Acesso em: 20 ago. 2022.
146. WOLFFE, K. E.; AJUWON, P. M.; KELLY, S. M. A Quantitative Analysis of the Work Experiences of Adults with Visual Impairments in Nigeria. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, p. 411–424, dez. 2013.

10. APÊNDICES

Capítulo publicado

Avaliação biopsicossocial da deficiência: nada sobre nós sem nós?

Indyara de Araujo Morais



A avaliação biopsicossocial da deficiência é um tema complexo por afetar o acesso a direitos fundamentais e a garantia do exercício de cidadania para milhões de pessoas com deficiência no Brasil. Avaliar e caracterizar quem são as pessoas com deficiência constituem condicionantes para apoiar a implementação de políticas públicas efetivas, bem como viabilizar a participação paritária desse grupo na sociedade, que são demandas que nasceram da luta dos movimentos sociais das pessoas com deficiência no processo de redemocratização do Brasil¹.

Avaliar pressupõe fazer um julgamento de valor, mas como fazer isso entendendo que a experiência da deficiência é individual? No Brasil, temos um Estado de bem-estar social, em que o poder público é responsável pela efetivação dos direitos sociais previstos na Constituição Federal. Para acessar os direitos garantidos, tendo em vista que os recursos são escassos, foi estabelecida uma lista de impedimentos nas estruturas e funções do corpo de pessoas que passam a ser classificadas como “pessoas com deficiência” pelo Estado brasileiro². Ao elaborar essa lista, parte-se do pressuposto de que a deficiência é a existência de um impedimento corporal que foge da normalidade, o cerne principal do modelo teórico biomédico.

Em resposta a essa perspectiva biomédica chegou-se ao Modelo Social da Deficiência. Este modelo teórico trouxe que as barreiras e os impedimentos estão na sociedade na forma de opressão do exercício da vida cotidiana, cabendo à mesma atuar para eliminá-los. Esse modelo resulta de um movimento importante cunhado pelas próprias pessoas com deficiência, e impactou a construção acadêmica, social e política¹. No Brasil, na década de 1990, esse modelo influenciou a construção das políticas públicas de assistência social, saúde,

educação, empregabilidade, acessibilidade, entre outras. A importância desse modelo foi que entendendo que a deficiência está no ambiente e não nos indivíduos, podemos alterar os ambientes para que sejam inclusivos para todos da sociedade respeitando a diversidade humana.

Nos últimos anos, o país passou por uma mudança cultural, social e legislativa ao entender que a deficiência é um conceito em evolução, que devesse ser incorporado nas normativas e políticas públicas. Assim, há a necessidade de se aperfeiçoar os meios e instrumentos para a avaliação e a caracterização de quem é a pessoa com deficiência.

A primeira definição da “pessoa com deficiência” no ordenamento jurídico brasileiro foi dada pela Lei n. 8.742/1993³, com a caracterização do impedimento como “perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”. Nessa legislação, há clara referência ao modelo biomédico, com a inferência de anormalidades dos corpos que são incapazes de realizar atividades. Essa legislação foi revogada pelo Decreto n. 3.298/1999⁴, mas manteve-se a lógica biomédica, tendo a complementação com definições específicas de impedimentos para deficiência física, auditiva, visual e mental. Essas legislações focavam na ausência de capacidade nas funções e estruturas do corpo, com exceção de deficiência mental que tratava também da relação com a capacidade de executar atividades diárias.

O Decreto n. 5.296/2004⁵ detalhou quais seriam esses impedimentos e a classificação dos tipos de deficiência, reforçando o modelo biomédico, sendo materializado por um código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). Deste modo, o médico após sua avaliação poderá atestar que o indivíduo tem aquele diagnóstico relacionado a um CID da lista prevista em lei, assim o indivíduo é uma pessoa com deficiência, desconsiderando todo o contexto e as diversas experiências da deficiência.

A grande mudança do paradigma legislativo veio com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em que o Estado brasileiro se comprometeu a garantir, na integralidade, os direitos nela contidos, tornando seus preceitos base para a construção das políticas sociais². A caracterização da deficiência e demais diretrizes previstas na Convenção foram incorporadas na Lei Brasileira de Inclusão⁶ (LBI), publicada em 2015, fruto de intenso debate com vários atores estratégicos, políticos, com a sociedade civil e o governo. A partir deste marco normativo, o modelo biopsicossocial da deficiência passa a ser incorporado à legislação brasileira⁷, o que representa uma ponte dos modelos biomédico e social.

A LBI trouxe o desafio da avaliação biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, considerando: impedimentos corporais; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; funcionalidade; e restrição de participação⁸. Conceitualmente, a percepção biopsicossocial vem ampliar o olhar sobre esses sujeitos, indo além de questões biológicas. Representa um avanço ao marco normativo anterior, que caracterizava a pessoa com deficiência exclusivamente pelos seus impedimentos e a classificava segundo um código da CID^{1,2}.

No Brasil, desde a ratificação da Convenção e a consolidação da LBI, são consideradas pessoas com deficiência aquelas que possuem “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”⁸.

Entretanto, a forma de mensurar e caracterizar quem tem direito às políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência são difusas. A maioria das avaliações permanecem propondo a caracterização do impedimento a partir da CID, ancorada numa visão predominantemente biomédica. Os parâmetros de avaliação são definidos pelos diversos órgãos gestores das políticas, sem prever a participação ou escuta aos sujeitos de direitos, num processo constantemente feito pelos diversos órgãos, “permeado por retrabalho, desperdício de recursos, rotinas e procedimentos pouco eficientes, ultrapassados e onerosos”⁹, o que gera desgaste para as pessoas com deficiência, suas famílias, bem como para o Estado. Dessa forma, entende-se que o caminho para o Estado efetivar a avaliação seria a criação de um Sistema Unificado de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, de âmbito nacional, com a busca da avaliação e da caracterização da deficiência. Mas como implantar algo que ainda está em disputa^{9, 10}?

Para que esse seja o caminho adotado, o governo investiu na criação do “Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr)”, publicado em 2013. O objetivo principal era consolidar um instrumento que avaliasse a deficiência a partir do perfil populacional brasileiro, a fim de caracterizar as pessoas com deficiência para, por um lado, apoiar e qualificar o desenho e a implementação de políticas sociais e, por outro, facilitar e aprimorar o acesso deste grupo populacional aos seus direitos¹¹. O diferencial desse instrumento é a matriz avaliativa que utiliza itens de atividades e participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com a escala de pontuação adaptada da Medida de Independência Funcional (MIF)¹².

Uma segunda versão do instrumento foi produzida: o Índice de Funcionalidade Brasileiro para fins de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência (IFBrA). A validação desse instrumento foi realizada pela Universidade de Brasília (UnB) entre 2013 e 2016, no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Neste caso, o público-alvo eram pessoas adultas que estavam no mercado de trabalho e buscavam antecipar a aposentadoria^{13, 14}.

Com a publicação da LBI, o Estado brasileiro precisou se organizar para a criação de instrumentos de avaliação das pessoas de todos os tipos de deficiência, todas as idades e para o acesso a diversas políticas públicas. Nesse cenário, a UnB foi contratada pela Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD) para coordenar o processo de validação nacional do IFBr com o foco ampliado. O processo contou com a parceria do Ministério da Saúde (MS), pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD), para a seleção das instituições de saúde e a articulação institucional para as anuências dos gestores do SUS, em que ocorreram as avaliações que propiciaram a validação do instrumento no Brasil¹³.

A pesquisa de validação do Índice de Funcionalidade Brasileira Modificado (IFBrM) se deu em três fases: Validação de Conteúdo; Validação de Face; e Validação de Acurácia, realizadas entre 2017 e 2019. Para a construção do instrumento final, foram considerados os aspectos qualitativos das entrevistas com os profissionais de saúde e os participantes de pesquisa e a análise estatística pela Teoria de Resposta ao Item

(TRI). O instrumento foi aplicado em uma amostra de 8.795 pessoas em todo o Brasil, em todas as regiões geográficas, o que corresponde a 17.590 avaliações, visto que cada pessoa foi avaliada por dois profissionais de categorias distintas¹³.

Um diferencial importante desse instrumento, desde sua primeira versão, é que ele foi proposto para ser aplicado por um par de profissionais da saúde, ambos de ensino superior, mas de diferentes categorias profissionais, considerando todos os tipos de deficiência e faixas etárias. Os profissionais foram treinados para a aplicação, a fim de que tivessem o olhar biopsicossocial, devendo considerar os impedimentos corporais, o quanto que estes afetavam as atividades desenvolvidas no cotidiano e as barreiras ambientais relacionadas. Um destaque importante: a régua classificatória que define os graus de deficiência (leve, moderada, grave ou sem deficiência) contou com a participação dos avaliados. O padrão ouro se dá, então, a partir da triangulação das avaliações das três pessoas envolvidas, considerando os dois avaliadores e o avaliado, respeitando-se a premissa da pesquisa do “nada sobre nós sem nós”¹³.

Por fim, passada a validação, o IFBrM foi considerado válido em termos de precisão e eficácia, considerando o rigor científico, podendo ser utilizado no Brasil para a avaliação e a caracterização da pessoa com deficiência para todas as faixas etárias¹³. Destaca-se que a pesquisa, desde o início, contou com a participação e constante reflexão do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Conade), seja em reuniões ordinárias, seja com a participação de membros na etapa de Validação de Conteúdo. A partir desta colaboração, o referido Conselho aprovou, na Resolução n. 01, de 05 de março de 2020, que instituiu o IFBrM como instrumento da Avaliação Única¹⁵, entendendo que ele é adequado para avaliar e caracterizar as pessoas com deficiência conforme os critérios estabelecidos pela LBI.

Ao mudar o modelo de avaliação, instituindo metodologia e instrumento que tenham por base a realidade social do sujeito e suas barreiras cotidianas, além do CID, algumas pessoas podem passar a não ser mais consideradas pessoas com deficiência. Essa possibilidade produziu disputas técnico-políticas, mesmo antes da finalização da pesquisa, não só por instituições representativas de pessoas com deficiência, mas também por categorias profissionais que desejavam ter exclusividade e centralidade nos diversos processos de avaliação.

Destaca-se que para garantir a adoção dessa proposta nas diversas políticas e serviços públicos e privados, é necessária a publicação de Decreto Presidencial que regulamente a execução do modelo único de avaliação no território brasileiro. Assim, o governo criou em 2020 um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) sobre o Modelo Único de Avaliação¹⁶. Este grupo trabalhou no detalhamento, para que o IFBrM pudesse ser incorporado como o instrumento base para a elaboração do modelo único de avaliação biopsicossocial da deficiência. O trabalho desse grupo foi finalizado em outubro de 2021, com a publicação do relatório final de 03 de dezembro de 2021¹⁰, sem a participação do Conade, órgão de representação das pessoas com deficiência, visto que o Conselho teve sua dissolução meses antes, em razão da desorganização administrativa do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos¹⁶.

Na contramão do que estava proposto, o Grupo de Trabalho, em seu relatório final, instituiu a centralidade da atuação do Perito Médico Federal do Ministério do Trabalho e Previdência (MTP), com alterações significativas no instrumento validado

cientificamente. A avaliação do médico terá um peso maior no resultado, com a classificação de gravidade realizada pelo CID. Em alguns casos que a avaliação do médico perito indique um impedimento leve e o resultado da avaliação pelo IFBrM seja considerado pessoa com deficiência grave, o indivíduo terá seu acesso a políticas negado. Com essa mudança, a deficiência deixa de ser definida pela restrição de participação resultado da interação de impedimentos corporais e barreiras ambientais da sociedade, conforme modelo biopsicossocial, voltando-se o olhar para as normalidades do corpo dos indivíduos e a sua culpabilização por não estar dentro dos padrões da sociedade proveniente do modelo biomédico. Essa mudança representa um retrocesso de 30 anos nas conquistas alcançadas pelo debate acadêmico, político e social no país.

A caracterização da deficiência a partir da identificação do impedimento nas funções e estruturas do corpo foi historicamente considerada nos momentos de avaliação, ancorada no Modelo Médico, como já apresentamos anteriormente. Quando caminhamos para passar a mapear a deficiência a partir das restrições e barreiras inviabilizadoras da participação, o foco da avaliação passa a estar no ambiente, na sociedade e sua incapacidade de incluir a todas e todos, tal como preconiza o Modelo Social e a proposta avaliativa biopsicossocial. Desse modo, o IFBrM consegue captar as restrições e barreiras impostas à participação, sem necessariamente classificar o grau de impedimento. A alteração feita no instrumento coloca o impedimento como fator principal dessa caracterização, voltando ao Modelo Biomédico da Deficiência, prerrogativa que o Brasil estava no caminho para superar. Além disso, a proposta faz comparações descabidas com o instrumento utilizado para a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), sem qualquer amparo científico, misturando metodologias diferentes para subsidiar achismos. O relatório final foi feito sem referências científicas, sem robustez, sem coerência metodológica e teórica, inclusive indicando que o IFBrM não era adequado para avaliar a deficiência, pois somente faz a avaliação da restrição de participação¹⁰.

Ademais, na proposta aprovada pelo GTI, a recomendação é que o perito médico federal seja o profissional a realizar o exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência junto aos analistas do INSS, que devem ter suas funções ampliadas para a supervisão das avaliações realizadas por entidades parceiras¹⁰. Desse modo, além de manter a avaliação como biomédica, aprovou-se a exclusividade e reserva de mercado para esses profissionais.

Ressalta-se que esse novo modelo de avaliação da deficiência deve ser nacional, atingindo todos os municípios. A decisão de tornar o perito médico federal o profissional líder nesse processo de avaliação tem grande impacto financeiro para o país, considerando a disponibilidade e viabilização desses profissionais e a distribuição destes em todo o território brasileiro. Na proposta inicial do IFBrM, qualquer profissional das categorias de saúde de nível superior poderia avaliar a partir da matriz, desde que tenha o treinamento adequado e um laudo médico anterior com a caracterização do CID.

A decisão de mudar o processo de avaliação, dando plenos poderes decisórios ao médico perito, foi tomada com base em acordos políticos do governo Bolsonaro em vista de sua base eleitoral e de instituições médicas de apoio. Ressalta-se que essa decisão partiu de uma negociação política entre o Instituto Nacional do Seguro Social,

Ministério da Cidadania, Ministério da Saúde e Advocacia Geral da União, conforme detalhado em relatório publicado¹⁰. Destaca-se que houve uma proposta concorrente apresentada pela Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, criada com a participação de diversos cientistas e membros do Controle Social, que, pela ausência de membros do Conade no GTI, não foi aprovada¹⁰. Desse modo, o modelo de avaliação recomendado pelo GTI não contou com controle social ou qualquer outra forma ou processo de discussão, visto que a proposta foi apresentada e aprovada na última reunião prevista, no fim de setembro de 2021.

Considerações finais

A definição de deficiência prevista pela Lei Brasileira de Inclusão está em disputa social, política e teórica no Brasil. Embora tenha sido clara a perspectiva teórica inicialmente prevista, implantar uma avaliação em um país de 220 milhões de pessoas é um desafio. Os interesses econômicos acabaram por se sobrepôr aos interesses coletivos, e as consequências virão nos próximos anos. Interessante destacar que o discurso dos diversos atores políticos se esquivava na alegada defesa dos direitos das pessoas com deficiência, mas não se pautam na ciência e tampouco dialogam com os movimentos sociais das pessoas com deficiência, ou seja, não respeitam o pressuposto “nada sobre nós sem nós”.

Desse modo, seguimos com uma avaliação da deficiência para a maioria das políticas brasileiras baseada no Modelo Biomédico, com foco na deficiência de longo prazo, conduzida exclusivamente por médicos. Essa realidade confronta diretamente a Lei Brasileira de Inclusão, que propõe que essas avaliações sejam multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a perspectiva biopsicossocial.

Com isso, a avaliação biopsicossocial continua não implementada no Brasil, gerando distorções no acesso a políticas públicas para um público vulnerabilizado, caracterizado por uma intersecção de marcadores sociais da diferença, numa sobreposição das dinâmicas desiguais de gênero, classe, racial e étnica, cujas condições de vida seguem profundamente impactadas pela crise econômica. São necessárias grandes mudanças financeiras e burocráticas no Brasil, que ainda não estão prontas para serem feitas principalmente em um governo que não está preocupado com sua população.

Referências

- 1 Maior IMML. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. Inc Soc [Internet]. 2017 [acesso em 2022 fev 15]; 10(2):29-36. Disponível em: <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4029>
- 2 Brasil. Decreto n. 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 [Internet]. [acesso em 2022 fev 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.
- 3 Brasil. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993 [Internet]. Presidência da República; 1993 Dec 7. [acesso em 2022 fev 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm

- 4 Brasil. Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999 [Internet]. Presidência da República 1999. [acesso em 2022 fev. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm
- 5 Brasil. Decreto no 5.296, de 2 de dezembro de 2004. [Internet]. Presidência da República. [acesso em 2022 fev 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm
- 6 Brasil. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015 [Internet]. 2015. [acesso em 2022 fev 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
- 7 Setubal JM, Fayan RAC. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Comentada. Campinas: Fundação FEAC; 2017.
- 8 Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. Cien Saude Colet. 2016; 21(10):3007–15.
- 9 Brasil. Decreto no 3.956, de 8 de outubro de 2001 [Internet]. [acesso em 2022 fev. 22] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm
- 10 Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Departamento de Gestão e Relações Interinstitucionais. Relatório de análise ex ante da implantação do sistema unificado da avaliação biopsicossocial da deficiência [Internet]. Brasília: 2021 [acesso em 2021 dez 7]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/na-vegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Doc.14Relatorio_da_Analise_Ex_Ante_do_Sist._Unificado_vfinal.pdf
- 11 Franzoi AC, Xerez DR, Blanco M, Amaral T, Costa AJ, Khan P. Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br. Acta Fisiátrica [Internet]. 2013 Sep 9 [acesso 2021 nov 12];20(3):164–70. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103791>
- 12 Franzoi AC, Xerez DR, Miranda K, Biron L, Thedim M, Kanso S. Manual do índice de funcionalidade brasileiro . Disponível em: https://www.iets.org.br/IMG/pdf/if-br_manualaplicacao_-_pesquisa_de_campo_etapa_2.2_-_meta_2_.pdf
- 13 Pereira EL, Barbosa L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 Oct 1 ;[acesso em 2021 nov 12]; 21(10):3017–26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003017&lng=pt&tlng=pt
- 14 Pereira EL, Pereira LB, Barros APN, Merchan-Hamann E, Silva GL, Corrêa HR, Produto 11 – Documento técnico e analítico final do projeto Implementação do Modelo Único de Avaliação e Valoração da Deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas Políticas Sociais Brasileiras. 2019.
- 15 Brasil. Decreto no 10.415, de 6 de julho de 2020 [Internet]. 10415 Jun 6, 2020. [acesso 2022 fev. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10415.htm
- 16 Ministério da Cidadania, Instituto Nacional do Seguro Social. Secretaria de Previdência. Propostas para o instrumento e o modelo único de avaliação da deficiência. Brasília: 2021.

11. ANEXOS

Anexo I – Parecer de Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação do Modelo Único de avaliação e valorização da deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas políticas sociais brasileiras

Pesquisador: Livia Barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 92261518.0.3002.0008

Instituição Proponente: Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS

Patrocinador Principal: MINISTERIO DOS DIREITOS HUMANOS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.986.742

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1181281.pdf" e do Projeto Detalhado (submetido no dia 25/06/2018).

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, é possível afirmar que deficiência se constituiu como um eixo prioritário de proteção social. Mesmo antes do surgimento das políticas sociais, algumas formas de atenção coletiva concorriam com o espaço doméstico no enfrentamento da deficiência (Castel, 1998). A deficiência, quando não tratada com medidas de extermínio, configurou-se como um contingente populacional expressivo com pouco ou nenhum espaço na vida coletiva (Thomson, 1996; Courtine, 2006). Em ambientes poucos sensíveis à diversidade humana e organizados em torno do trabalho como forma prioritária de sustento pessoal, os corpos que não atingiam o ideal de funcionamento e produtividade tornaram-se uma questão importante (Abberley, 2002). Da clausura doméstica ao encarceramento institucional, da filantropia aos cuidados médicos, a história da proteção social à deficiência é uma história de desigualdade e discriminação. Como uma experiência de

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

desigualdade pelo corpo, a deficiência decorre da chamada cultura da normalidade (Corker e Shakespeare, 2004; Shakespeare, 2006). As bases sociais da convivência coletiva assentam-se em uma expectativa de normalidade que, quando frustrada, restringe a participação dos sujeitos desviantes e produz desigualdades. Isso significa que toda vida social é construída para apenas algumas possibilidades de funcionamento corporal, sem se considerar a diversidade humana (Hugues, 2002). Pessoas com deficiência, assim, vivem à margem de formas de sociabilidade produzidas apenas para pessoas sem deficiência. Sem espaço para uma participação social equitativa, a deficiência passou a ser um elemento de risco para as mais variadas formas de privação. Assim, em tais contextos de padrões corporais tão restritos, a deficiência se configurou como uma questão importante. Não há consensos sobre qual seja a melhor forma para se definir a deficiência. Muito embora ela tenha sido alvo de atenção coletiva há vários séculos, a importância de uma definição ganha corpo apenas no século XX, com a consolidação dos estados-nação e a sistematização da atenção pública a questões consideradas socialmente relevantes. Com o surgimento das políticas sociais e de enfrentamentos sistemáticos de demandas socialmente reconhecidas, a deliberação para o uso dos fundos públicos passou a ser permeada por princípios e critérios que pudessem ser sustentados diante do conjunto da sociedade (Rosanvallon, 1998; Castel, 2005). Proteger socialmente pessoas com deficiência demandou uma definição pública sobre quem seriam essas pessoas. Por muitos anos, o enfrentamento público da questão da deficiência dependeu da hegemonia dos saberes biomédicos. A definição da deficiência requeria um diagnóstico e apenas a figura da autoridade médica. Para fins de proteção social, a deficiência passou a ser traduzida como corpos com desvios de função ou estrutura assim reconhecidos por um profissional médico, que poderiam ser manipulados e/ou reabilitados com foco nos padrões de funcionamento considerados normais. Assim, ao mesmo tempo em que descreviam os corpos com impedimentos, os saberes biomédicos se constituíam como verdadeiras ciências da reabilitação. O diagnóstico médico, nesse sentido, foi considerado por muitos anos como um atestado suficiente e legítimo da deficiência para fins da proteção social. Foi apenas na década de 1970, em um contexto de crítica epistemológica e de reivindicações de maior participação de múltiplos coletivos excluídos, que se deu a entrada de pessoas com deficiência na disputa discursiva e que as hegemonias sobre a deficiência passaram a ser contestadas. Por quase 40 anos os chamados estudos sobre deficiências e dedicaram a descrever a deficiência como uma expressão da desigualdade social (Diniz, 2007). Ao assumir o protagonismo da descrição da própria experiência existencial, as pessoas com deficiência provocaram os pilares de justificação e legitimidade sobre seus próprios corpos. Para o debate, uma descrição legítima deveria considerar

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 02 de 20

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

a experiência da deficiência em seus termos para ser válida. Até os anos 2000, no entanto, a guinada epistemológica dos estudos sobre deficiência não havia alcançado significativamente o âmbito das deliberações políticas. No plano internacional, vários documentos para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência foram adotados sem sucesso pela Organização das Nações Unidas, como as declarações sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências Mentais (Assembleia Geral das Nações Unidas - AGONU, 1971), sobre os Direitos das Pessoas Deficientes (AG-ONU, 1975), o Programa Mundial de Ação para as Pessoas com Deficiência (AG-ONU, 1982), os Princípios para a Proteção das Pessoas com Doenças Mentais e para a Melhoria do Atendimento da Saúde Mental (AG-ONU, 1991), e as mais recentes Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (AG-ONU, 1993). Tais documentos, no entanto, sofreram severas críticas dos movimentos sociais de pessoas com deficiência, que os consideravam pouco críticos e nada sensíveis às necessidades efetivas das pessoas com deficiência em todo o mundo. Além de considerar apenas perifericamente as produções dos estudos sobre deficiência, tais documentos não possuíam vinculação jurídica, de forma que sua implementação pelos países não poderia ser fiscalizada e, portanto, não era obrigatória (Courtis, 2011). No ano 2000, foi iniciado um movimento que mudou radicalmente a disputa discursiva sobre a deficiência no mundo. Neste ano, a delegação do México propôs uma Convenção para tratar especificamente dos direitos das pessoas com deficiência, visto que os instrumentos de direitos humanos disponíveis não haviam provocado mudanças na situação de subalternidade das pessoas com deficiência no mundo (Courtis, 2011). Com a proposta, foram realizadas uma série de negociações que culminaram com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no ano de 2006. Diferente dos documentos internacionais anteriores, a assinatura da Convenção produz um efeito vinculante para os países, que devem prestar contas bianuais das suas ações para um Comitê da ONU. Caso tenham também assinado o Protocolo Facultativo da Convenção, podem ser fiscalizados e responsabilizados por sua implementação (Dhanda, 2008; Mégret, 2008). A publicação da Convenção afeta as disputas pela autoridade discursiva sobre a deficiência pois submete seu texto às tensões políticas dos campos do saber nos vários países signatários. O efeito vinculante da Convenção, se não redistribui poder político entre os vários discursos, demanda revisões internas que atendam às exigências do texto publicado. No que diz respeito à definição da deficiência, a Convenção o vincula tanto a noção de impedimentos corporais quanto as barreiras, deixando claro que há um deslocamento conceitual do foco na mera limitação funcional para a restrição de participação (Brasil, 2009). Uma das bases da nova correlação de forças nessa luta discursiva foi o lema “nada de nós sem nós” (Nihil de nobis, sine nobis), que do contexto

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 03 de 20

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

original de relações internacionais, passou a ser adotado pelo movimento de pessoa com deficiência na África do Sul e na Europa oriental na década de 1990. Nesse espírito, a construção da Convenção contou com a participação da sociedade civil e sujeitos representativos da vivência da condição de subalternidade. Este fato se apresenta como uma novidade no formato tradicional dos documentos legais ao inaugurar essa participação direta e possibilitar a incorporação de medidas inovadoras (Barbosa, 2013). Nesta direção de ampliação democrática, o Brasil enquanto país signatário assume a obrigatoriedade de implementação da Convenção. Além disso, adquiriu status constitucional no país após ter tramitado pela Emenda Constitucional 45 no Congresso Nacional. Por isso, e ao se tratar de uma Convenção Internacional, possibilita que as conquistas presentes sejam generalizadas a toda a sociedade (Barbosa, 2013). Nesta direção, em 6 de julho de 2015 foi sancionada a Lei Nº 13.146 que instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, tendo como base a mencionada Convenção e seu Protocolo Facultativo. Esta Lei é destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (Brasil, 2015). Ao discorrer a respeito de quem são consideradas pessoas com deficiência de que trata a Lei, o Art. 2º segue a Convenção ao reconhecer 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. (Brasil, 2015). Diante dessa compreensão, essa lei prevê que quando for necessária, a avaliação da deficiência deverá ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar que considere: "I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; III - a limitação no desempenho de atividades; e IV - a restrição de participação" (Brasil, 2015 Art. 2 §1º). Para isso, incumbe ao Poder Executivo a criação de instrumentos para a avaliação da deficiência. A Lei Brasileira de Inclusão, dessa forma, delega a necessidade de criação de instrumentos de avaliação que estejam de acordo com o conceito de deficiência presente na Convenção e que respondam às particularidades das políticas executadas. Para isso, esses instrumentos devem se basear no modelo único brasileiro de classificação e valoração das deficiências que foi solicitado pelo Grupo de Trabalho Interministerial, instituído pela Presidência da República em 26 de setembro de 2007. O projeto foi viabilizado pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, e teve início em janeiro de 2011, sendo concluído em abril de 2012 (Franzoi et al, 2013). O grupo de trabalhos e debruçou sobre a criação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), o qual, baseado na Classificação Internacional

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 04 de 20

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (CIF), delimitou o eixo central da avaliação como a funcionalidade. A CIF é a revisão da Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap (ICIDH) publicada em 1980 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa Classificação se dava como uma extensão da Classificação Internacional de Doenças (CID) vinculando a deficiência à doença e lesão. A revisão da ICIDH contou com a presença constante de entidades acadêmicas e movimentos sociais de pessoas com deficiência e, ainda hoje é tema de constantes análises e reflexões críticas. A CIF desloca a concepção de deficiência vinculada à doença e a localiza no domínio da saúde. Nesta direção, a saúde é compreendida enquanto constructo que se baseia no corpo, no indivíduo e na sociedade. Segundo Diniz (2007) "O principal objetivo da CIF foi instituir um novo vocabulário, capaz de correlacionar os três domínios de saúde em igualdade de importância de modo a facilitar a compreensão das funcionalidades e das deficiências." (p. 48). Dessa forma, incorpora o reconhecimento da deficiência como uma construção social e ambiental e não apenas corpórea e individual. À luz do modelo social da deficiência que a compreende na relação do corpo com impedimento e barreiras, o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), seguindo a orientação de se configurar em um modelo unificado de avaliação da deficiência, tem como objetivo "aferir o grau de funcionalidade de um indivíduo sob avaliação pericial, sendo sua construção baseada na CIF" (Franzoi et al, 2013 p.169). Busca ainda, a diferenciação do modelo estritamente biomédico que se centra no diagnóstico sobre o que leva o sujeito a estar em determinada situação, com o objetivo de normatizá-lo ou medicalizá-lo, avançando na direção de outra forma de visualizar a questão, que leva em consideração o ambiente e identificando "o grau de funcionalidade de indivíduos com diferentes características e condições socioeconômicas diferentes" (Franzoi et al, 2013 p.169). Fica evidente a necessidade de utilizar esse instrumento na avaliação da deficiência em diversos âmbitos setoriais de aplicação de diversas políticas públicas contemplando a dinamicidade da mesma, que irá influenciar no acesso em igualdade de condições. Além de ser um instrumento criado para ser utilizado pelas políticas sociais brasileiras, ele também é de propriedade da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD), do Ministério dos Direitos Humanos (MDH), o que garante o seu domínio para o Estado brasileiro. Uma versão do Índice de Funcionalidade Brasileiro modificado para fins de concessão da aposentadoria (IFBrA) está sendo utilizado por profissionais do INSS para avaliação da Lei Complementar 142/2013. Este foi o primeiro benefício a fazer uso da matriz do IFBr para avaliação da deficiência em uma política pública brasileira (Barbosa; Pereira; Rodrigues, 2017). A equipe da Universidade de Brasília (UnB) validou o IFBrA ao longo dos anos de 2014 e 2016 (Pereira; Barbosa, 2016; Merchan-Hamann;

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 05 de 20

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

Corrêa-Filho et al, 2016), acumulando experiências e evidências para contribuir na formulação de uma nova versão para ser utilizada como um modelo unificado de avaliação. Assim, como interesse público de responder à demanda de criação de instrumentos que atendam as particularidades das políticas públicas multisetoriais direcionadas às pessoas com deficiência, o presente Projeto busca validar o IFBrM e contribuir ao seu aperfeiçoamento e implantação.

HIPÓTESE

A pesquisa pretende validar o instrumento Índice de Funcionalidade Brasileiro e não antecipa hipóteses sobre os resultados da validação.

METODOLOGIA

É necessário explicitar conceitualmente as etapas que geralmente se encontram contempladas nas pesquisas de validação: CONTEÚDO – avalia o grau com que as questões de um instrumento fornecem a informação que se quer obter, isto é, a adequação, completude e abrangência dos quesitos segundo os conhecimentos científicos que dão base às regras de medida empregadas. Em geral passa pelo consenso entre especialistas (Turato, 2003);FACE – avalia o grau com que o instrumento mede o que pretende medir incluindo a aceitabilidade dos quesitos ou instrumentos pelos operadores ou especialistas e pelos entrevistados ou afetados, buscando a adequação cultural quanto à interpretação; adequação histórica; confiabilidade da troca, envio e recepção das mensagens entre examinados e examinadores nas condições em que o instrumento será posto em operação. Essa fase necessita de grupos de voluntários que participem de um ensaio junto a especialistas (Meinert e Tonascia, 1986; Sackett, Haynes et al., 1991);ACURÁCIA – avalia estatisticamente comparando com um padrão-ouro ou o melhor padrão conhecido de diagnóstico, a sensibilidade, especificidade, valores preditivos e verossimilhança; avalia também a precisão, confiabilidade ou repetibilidade; efetividade e eficiência do emprego do instrumento em comparação com as técnicas mais caras e mais detalhadas que deram origem ao padrão-ouro. Essa avaliação é mais cara e mais longa, e depende de grupos de comparação aleatorizados que aceitem ser submetidos às regras do padrão-ouro e do instrumento classificador a ser testado (Szkölö e Javier Nieto, 2007);PÓS-USO – avalia as mudanças no desempenho do instrumento em condições operacionais do emprego em massa, segundo as condições geopolíticas e sócio demográficas. Casos aberrantes seriam detectados por ouvidoria, e comparações sem grupos

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 06 de 20

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

maiores seriam conduzidas em auditoria por amostragem. Resultados dessa fase em geral são avaliados por Comitês de Acompanhamento Interno (das instituições executoras) e Comitês Externos com membros da sociedade e de usuários (Kelsey, Whittemore et al., 1996; Hulley Commings et al., 2008). Seguindo as especificações acima mencionadas, o presente projeto realizará as validações de Face e Acurácia do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) (Anexo I). O IFBrM foi validado em seu conteúdo por meio do Comitê Nacional de Cadastro Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência entre os meses de outubro de 2017 a março de 2018. Na fase de validação de conteúdo, o Comitê realizou um conjunto de reuniões com os representantes das áreas técnicas que modificaram o instrumento e entregaram uma versão final a ser validada nesta pesquisa. As validações de Face e Acurácia serão realizadas de forma concomitante entre os meses de setembro e dezembro de 2018 em diferentes cidades polos no Brasil, conforme especificação abaixo. Região Geográfica UF IBGE Município Centro-Oeste GO 520870 Goiânia Centro-Oeste MS 500270 Campo Grande Centro-Oeste DF 5300108 Brasília Nordeste BA 292740 Salvador Nordeste PB 250400 Campina Grande Nordeste PE 261160 Recife Nordeste PB 250750 João Pessoa Norte PA 150140 Belém Norte TO 170550 Colinas do Tocantins Sudeste RJ 330330 Niterói Sudeste SP 350600 Bauru Sudeste SP 355030 São Paulo Sul SC 420460 Criciúma Sul SC 4205407 Florianópolis Nas cidades, os parceiros serão instituições governamentais e/ou da sociedade civil vinculadas as secretarias municipais de saúde que atendem pessoas com deficiência nas suas expertises e que possuem profissionais da saúde e das ciências humanas e sociais que possam aplicar o instrumento. As instituições que possuem Comitês de Ética em Pesquisa também avaliarão o projeto após aprovação pelo CEP da Universidade de Brasília. Além disso, o projeto será avaliado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), visto a coparticipação na pesquisa do Ministério da Saúde. Abaixo descrevemos o percurso metodológico e detalhamos cada uma das fases da

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS: As entrevistas e observações qualitativas serão analisadas com técnicas de análise de conteúdo e teoria fundamentada. Os dados quantitativos das avaliações como o IFBr serão analisados com a Teoria de Resposta ao Item.

DESFECHO PRIMÁRIO: Espera-se que a pesquisa de validação indique na Fase 2 os desafios de apropriação cultural e sócio linguística do instrumento, de forma que possa ser adequado a realidade brasileira afim de não promover prejuízos da avaliação da deficiência em todo o Brasil.

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 07 de 20

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

DESFECHO SECUNDÁRIO: Espera-se na Fase 3 identificar as questões que contribuem (discriminam) e as questões que não contribuem para a avaliação da deficiência afim de sugerir aprimoramentos no instrumento melhorando sua sensibilidade e especificidade na avaliação. **OBJETIVO PRIMÁRIO** Validar o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado – IFBrM - de avaliação da deficiência para fins de proteção social. **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS** Aplicar o instrumento a pessoas de diversas idades e com cinco tipos de deficiência (motora, visual, auditiva, cognitiva e mental); Compreender a percepção de profissionais e pessoas com deficiência envolvidos na aplicação do IFBrM sobre o instrumento e possíveis modificações; Validar o instrumento do ponto de vista da face propondo aperfeiçoamentos; Validar o instrumento do ponto de vista de sua acurácia, calculando a sua sensibilidade e especificidade e realizando ajustes à sua estrutura. **Objetivo da Pesquisa:** **RISCOS** A participação na pesquisa implica no risco de de que as pessoas se sintam constrangidas a falar sobre o tema da pesquisa. Nestes casos, nos comprometemos a parar com a entrevista e, caso necessário, encaminhar os participantes para um serviço de referência. **BENEFÍCIOS** Como benefícios espera-se aprimorar o instrumento e o modelo de avaliação da deficiência que será implementado em todo Brasil. Espera-se que a pesquisa contribua para uma avaliação mais justa, que permita garantir direitos a todas as pessoas com deficiência.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Validar o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado – IFBrM - de avaliação da deficiência para fins de proteção social.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Aplicar o instrumento a pessoas de diversas idades e com cinco tipos de deficiência (motora, visual, auditiva, cognitiva e mental); Compreender a percepção de profissionais e pessoas com deficiência envolvidos na aplicação do IFBrM sobre o instrumento e possíveis modificações; Validar o instrumento do ponto de vista da face propondo aperfeiçoamentos; Validar o instrumento do ponto de vista de sua acurácia, calculando a sua sensibilidade e especificidade e realizando ajustes à sua estrutura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

A participação na pesquisa implica no risco de de que as pessoas se sintam constrangidas a falar

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 08 de 20

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

sobre o tema da pesquisa. Nestes casos, nos comprometemos a parar com a entrevista e, caso necessário, encaminhar os participantes para um serviço de referência.

BENEFÍCIOS

Como benefícios espera-se aprimorar o instrumento e o modelo de avaliação da deficiência que será implementado em todo Brasil. Espera-se que a pesquisa contribua para uma avaliação mais justa, que permita garantir direitos a todas as pessoas com deficiência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este projeto da Profª Draª Lívia Barbosa objetiva testar e aprimorar o novo modelo de avaliação da deficiência que será implementado nas políticas públicas federais.

O projeto de pesquisa é fruto de uma Carta-acordo entre a Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (SNDPD), a Organização dos Estados Iberoamericanos (OEI), a Universidade de Brasília (UNB) e a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos da Universidade de Brasília (FINATEC).

A avaliação da deficiência a ser conduzida com Índice de Funcionalidade Brasileiro - IFBr - deve ter enfoque classificatório multidimensional e intersetorial – biopsicossocial e interinstitucional. A validação está estruturada em duas fases: face e acurácia, visto que a validação de conteúdo do instrumento – Fase I – foi conduzida pelo Comitê Nacional de Cadastro Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência entre os meses de outubro de 2017 e março de 2018. O IFBr validado e modificado (IFBrM) será aplicado por instituições parceiras a um universo de 3.457 pessoas, estimado a partir de uma prevalência de 90%, sendo os participantes identificados de acordo com cotas por idade e por deficiência. A aplicação do instrumento deverá ser feita por um profissional da saúde e por um profissional das ciências humanas e sociais, sempre em pares. As fases de validação de face (II) e acurácia (III) serão conduzidas sucessivamente entre os meses de setembro a dezembro de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise de resposta ao parecer pendente nº 2.797.279 emitido pela Conep em 03/08/2018:

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

1. Quanto aos arquivos, "TCLE_profissionais.pdf", "TCLE_pcd_avaliacao.pdf" e "TCLE_pcd_entrevista.pdf", submetidos à Plataforma Brasil em 25/06/2018, seguem as seguintes considerações:

1.1. Na página 1 de 2, lê-se: "[...] Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa". A assertiva precisa ser desenvolvida de modo a esclarecer e informar toda parte relevante do projeto, para que o Participante de Pesquisa saiba sobre o projeto e possa manifestar-se de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida (Resolução CNS no 510, de 2016, Capítulo III, Seção II, Artigo 15o). Solicita-se adequação.

Resposta: O trecho em destaque pelo parecerista foi substituído pelo trecho: "Para participar da pesquisa, você deverá responder a um conjunto de perguntas feitos pelos profissionais que lhe convidaram sobre suas atividades do dia-a-dia. Caso você tenha qualquer dúvida sobre a realização da pesquisa, estes profissionais poderão lhe responder a qualquer momento: seja antes, durante ou após a finalização da pesquisa."

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2. Em observação ao capítulo IV da Resolução CNS no 510, de 2016, o TCLE deve apresentar, de forma clara e objetiva, os potenciais benefícios da pesquisa ao participante. Caso o estudo não antecipe qualquer benefício direto ao participante, essa informação deve constar no TCLE e demais documentos, de forma explícita (Resolução CNS no 510, de 2016, Capítulo IV). Solicita-se adequação.

Resposta: Foi acrescentado na página 1 do TCLE o seguinte trecho: "Este estudo não antecipa nenhum benefício direto a você."

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.3. O registro de gravação de imagem e de voz enseja cuidado especial, de modo a preservar os direitos dos participantes (dispostos na Resolução CNS no 510 de 2016) de terem sua privacidade respeitada, de terem garantida a confidencialidade das informações pessoais e de não terem sua identidade divulgada. Assim, solicita-se inserir opções excludentes ("sim, eu autorizo" e "não, eu não autorizo") no TCLE, para que os participantes possam exercer tais direitos no que se concerne ao uso de

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 10 de 20

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

gravação de áudio.

Resposta: Ao final dos TCLEs e Termos de assentimento, antes das assinaturas, foi inserida a seguinte questão:

“Você autoriza o uso de gravação de áudio pela pesquisa?”

() Sim, eu autorizo

() Não, eu não autorizo”

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.4. O documento deverá conter explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, não sendo aceitável que se exija, sob qualquer argumento, renúncia ao direito a indenização por dano (Resolução CNS no 510 de 2016, artigo 9o, inciso VI; artigo 19, parágrafo segundo). Solicita-se adequação.

Resposta: O trecho seguinte foi acrescido: “Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.”

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.5. O TCLE deve assegurar de forma clara e afirmativa a garantia de ressarcimento ao participante da pesquisa e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante e seu acompanhante decorrentes da pesquisa (Resolução CNS no 510, de 2016, Capítulo III, Seção II, Artigo 17o, Inciso VII). Solicita-se adequação.

Resposta: Foi acrescentado o seguinte trecho: “Os pesquisadores garantem o ressarcimento das despesas que você ou seu acompanhante venham a ter em decorrência da sua participação na pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou outra). Precisaremos que, em caso de despesas, você disponibilize uma conta bancária para que seja realizado o depósito dos valores referentes ao ressarcimento. Nesses casos, pedimos a gentileza de contatar a pesquisadora responsável Lívia Barbosa através do telefone 61 3107-6631 (ramal 6767) ou pelo e-mail pesquisamodelounico@gmail.com”.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

1.6. Embora o projeto enseje baixo grau de risco aos participantes de pesquisa, entende-se que não se podem negligenciar os riscos de origem psicológica, intelectual ou/e emocional que possam surgir com as entrevistas. Além disso, os participantes podem sentir desconforto, estresse ou cansaço ao responder às perguntas. Objetivando proteger o participante e minimizar estes inconvenientes, é importante descrever de modo minucioso quais medidas serão usadas para diminuir e/ou eliminar estes desconfortos.

Resposta: O trecho: "Sua participação na pesquisa implica no risco de o senhor(a) se sentir constrangido a falar sobre o tema da pesquisa. Nestes casos, nos comprometemos a parar com a entrevista e, caso necessário, encaminha-lo(a) para um serviço de referência."

Foi substituído por: "Sua participação na pesquisa implica no risco de o senhor(a) se sentir constrangido a falar sobre o tema da pesquisa, além de poder sentir desconforto, estresse ou cansaço ao responder às perguntas. Nestes casos, sugerimos que peça ao entrevistador que pare a entrevista e o informe do que está sentindo. Todos os pesquisadores são profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e poderão atendê-lo ou encaminhá-lo imediatamente para um profissional especializado.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.7. O TCLE deve trazer os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Como o estudo envolveu análise ética pela Conep, essas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS no 510, de 2016, capítulo III, seção II, Artigo 17o, inciso IX). Solicita-se adequação.

Resposta: O trecho: "Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília - CEP/CHS. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/CSH cep_chs@unb.br ou do telefone 61 3107-1592."

Foi substituído por:

"Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília - CEP/CHS e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O CEP e a CONEP são compostos por profissionais

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/CSH

cep_chs@unb.br ou do telefone 61 3107-1592. O CEP/CHS funciona de segunda a sextas-feiras, de 08 as 14h e se localiza na Faculdade de Direito, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte

Outra possibilidade é que o senhor contate a CONEP pelo telefone 61 3315-5877, de segunda a sexta, de 08 as 18h. A Conep se localiza na SRTVN –VIA W 5 NORTE – LOTE D, EDIFÍCIO PO 700, 3º ANDAR – ALA NORTE - ASA NORTE – BRASÍLIA DF – CEP: 70.719.040.”

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.8. De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas. Recomendando-se ainda que essa seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2. Nesse sentido, solicita-se adequação.

Resposta: O número de páginas foi inserido conforme recomendação

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.9 Solicita-se informar como se pretende divulgar os benefícios resultantes da pesquisa para a comunidade, de forma a garantir o retorno social para os participantes da pesquisa (Resolução CNS 466 de 2012, itens III.1.l e III.1.n e Resolução CNS 510 de 2016, Art. 10º).

Resposta: Ao trecho: “A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio do compartilhamento do relatório de pesquisa nas instituições que estão participando da coleta de dados, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Informações também estarão disponíveis no site do projeto (www.observatoriodeficiencia.org),”

Foi acrescido o trecho: “onde poderão ser acessados por qualquer pessoa, seja participante da pesquisa ou não. Os resultados poderão, ainda, ser enviados por e-mail ou informados parcialmente por telefone para os participantes que desejarem, devendo procurar a pesquisadora responsável Lívia Barbosa através dos contatos

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

disponibilizados.”

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quanto ao arquivo “assentimento_pcd_entrevista.pdf” submetido à Plataforma Brasil em 25/06/2018:

2.1. Foi apresentado um único Termo de Assentimento a ser aplicado para participantes com idade entre 0 a 17 anos, faixa etária ampla e que engloba crianças e adolescentes com diferentes níveis de compreensão e maturidade neuropsíquica e emocional. Considerando que esse Termo deve ser elaborado pelo pesquisador em linguagem acessível à compreensão dos participantes da pesquisa, EM SUAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS, não é adequado apresentar somente um único modelo de Termo de Assentimento para todos os participantes menores de 17 anos. Sendo assim, solicita-se a apresentação de modelos de Termo de Assentimento, elaborados em linguagem acessível à compreensão das diferentes faixas etárias dos indivíduos a serem recrutados para a pesquisa (Resolução CNS no 466 de 2012, item II.2).

Resposta: Foram construídos pela equipe de pesquisa 2 termos de assentimento seguindo a compreensão de infância e adolescência do Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo um termo para crianças com até 11 anos de idade e outro termo para adolescentes de 12 a 17 anos. O uso dos termos não dispensa outros esforços dos profissionais para informar e sanar dúvidas das crianças e adolescentes envolvidos na pesquisa. A recomendação de leitura do Termo de Assentimento é a partir dos 6 anos de idade (idade em que as crianças já estão em processo de escolarização), porém poderá ser lido para crianças mais jovens caso os responsáveis e profissionais entendam que ela seja capaz de entender os elementos que envolvem a pesquisa.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.2 Lê-se na página 1 de 2: “[...] Seus pais permitiram que você participe”, solicita-se modificar o termo “permitiram”, a fim de que as crianças não se sintam pressionadas a participarem da entrevistas, de modo a dar total liberdade para que as crianças e os adolescentes se manifestem de forma autônoma.

Resposta: A frase “[...] Seus pais permitiram que você participe”, foi substituída por:

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

“Os seus responsáveis deixam você participar caso seja da sua vontade.” - no Termo de Assentimento para crianças até 10 anos de idade; e

“Os seus responsáveis foram consultados e autorizaram a sua participação caso você queira participar.” – no Termo de Assentimento para adolescentes de 12 a 17 anos.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.3. Não foram incluídas as etapas da pesquisa. É necessário incluir informação sobre todas as etapas da pesquisa, incluindo os objetivos, de forma que o participante seja capaz de entender, de acordo com as suas características, o que está implicado em sua participação, para que possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida (Resolução CNS no 510, de 2016, Capítulo III, Seção II, Artigo 15º).

Resposta: Foram incluídas todas as etapas da pesquisa nas duas versões dos Termos de Assentimento.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.4. O registro de gravação de imagem e de voz enseja cuidado especial, de modo a preservar os direitos dos participantes (dispostos na Resolução CNS no 510 de 2016) de terem sua privacidade respeitada, de terem garantida a confidencialidade das informações pessoais e de não terem sua identidade divulgada. Assim, solicita-se inserir opções excludentes (“sim, eu autorizo” e “não, eu não autorizo”) no Termo de Assentimento, para que os participantes possam exercer tais direitos no que concerne ao uso de gravação de áudio.

Resposta: Ao final dos TCLEs e Termos de assentimento, antes das assinaturas, foi inserida a seguinte questão:

“Você autoriza o uso de gravação de áudio pela pesquisa?”

() Sim, eu autorizo

() Não, eu não autorizo”

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.5. De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que essa seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2. Nesse sentido, solicita-se adequação.

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

Resposta: O número de páginas foi inserido conforme recomendação.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.6. O TA deve trazer os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Como o estudo envolveu análise ética pela Conep, essas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS no 510, de 2016, capítulo III, seção II, Artigo 17º, inciso IX). Solicita-se adequação.

Resposta: Foram inseridas as explicações sobre o CEP e a CONEP nas duas versões dos Termos de Assentimento, bem como foram incluídos horários de atendimento e endereço.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.7 Solicita-se informar como se pretende divulgar os benefícios resultantes da pesquisa para a comunidade, de forma a garantir o retorno social para os participantes da pesquisa (Resolução CNS 466 de 2012, itens III.1.l e III.1.n e Resolução CNS 510 de 2016, Art. 10o).

Resposta: Foi incluído nas duas versões do Termo de Assentimento a informação de que os resultados da pesquisa serão publicados, estarão disponíveis no site www.observatoriodeficiencia.org e, ainda, por e-mail ou telefone da pesquisadora.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. De acordo com a CARTA No 0212/Conep/CNS, "INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE é aquela na qual haverá o desenvolvimento de alguma etapa da pesquisa", entendendo-se por "INSTITUIÇÃO PROPONENTE aquela na qual o pesquisador principal tenha vínculo, portanto aquela a partir da qual o projeto será proposto". Solicita-se a inclusão das instituições coparticipantes do projeto na Plataforma Brasil, para que os respectivos CEPs possam apreciar o estudo (por exemplo, Secretarias de Saúde).

Resposta: As seguintes Instituições foram incluídas como instituições co-participantes:

- Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER (Goiânia/GO)
- Centro Especializado de Reabilitação – CER/APAE (Campo Grande/MS)
- Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência –

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

CEPRED (Salvador/BA)

- Hospital Santo Antonio/Obras Sociais Irmã Dulce – OSID (Salvador/BA)
- Centro Especial em Reabilitação Campina Grande Campina Grande/PB)
- Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência – FUNAD
- IMIP (Recife/PE)
- Fundação Altino Ventura (Recife/PE)
- Associação Fluminense de Reabilitação – AFR (Niterói/RJ)
- Associação Pestalozzi de Niterói – APN (Niterói/RJ)
- Sorri Bauru (Bauru/SP)
- Centro de Reabilitação M'Boi Mirim - NIR/NISA (São Paulo/SP)
- Fundação Educacional de Criciúma - FUCRI - Clinicas Integradas (Criciúma/SC)

As seguintes instituições não foram incluídas como Co-Participantes porque não estão cadastradas na Plataforma e não possuem Comitês de Ética em Pesquisa:

- Unidade de Ensino Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UEAFTO (Belém/PA)
 - CER IV Flávio Gianotti (São Paulo/SP)
 - Centro Catarinense de Reabilitação (Florianópolis/SC)
 - Centro Especializado em Reabilitação Taguatinga (Taguatinga/DF)
 - Associação Fluminense de Amparo aos Cegos – AFAC (Niterói/RJ)
- Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	15/10/2018		Aceito

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

Básicas do Projeto	ETO_1181281.pdf	20:38:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_chs_tcle_profissionais_versao2.pdf	15/10/2018 20:35:38	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_chs_tcle_pcd_avaliacao_versao2.pdf	15/10/2018 20:32:36	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_chs_assentimento_pcd_entrevista_ate11anos.pdf	15/10/2018 20:31:45	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_chs_assentimento_pcd_avaliacao_12a17anos.pdf	15/10/2018 20:30:52	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_chs_assentimento_pcd_entrevista_12a17anos.pdf	15/10/2018 20:30:13	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_chs_assentimento_pcd_avaliacao_ate11anos.pdf	15/10/2018 20:29:26	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_chs_tcle_pcd_avaliacao_versao2_commarcas.pdf	15/10/2018 20:28:30	Livia Barbosa	Aceito
Outros	carta_resposta_conep_agosto.pdf	15/10/2018 20:23:09	Livia Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_CEP_FINAL_com_orcamento_25_06_enviado.pdf	25/06/2018 20:34:07	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento_pcd_entrevista.pdf	25/06/2018 20:21:11	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento_pcd_avaliacao.pdf	25/06/2018 20:20:54	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	25/06/2018 20:20:39	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pcd_entrevista.pdf	25/06/2018	Livia Barbosa	Aceito

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pcd_entrevista.pdf	20:20:26	Livia Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pcd_avaliacao.pdf	25/06/2018 20:20:13	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Sindy_Silva.pdf	25/06/2018 19:39:50	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_livia_Barbosa.pdf	25/06/2018 19:39:29	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Liliane_Bernardes.pdf	25/06/2018 19:39:08	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Indyara_Morais.pdf	25/06/2018 19:38:51	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Helena_Filho.pdf	25/06/2018 19:37:37	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Gladston_Silva.pdf	25/06/2018 19:37:15	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Flavia_Tavares.pdf	25/06/2018 19:36:57	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Everton_Pereira.pdf	25/06/2018 19:36:21	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Edgar_Hamann.pdf	25/06/2018 19:36:04	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Diego_Silva.pdf	25/06/2018 19:35:47	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Daniela_Rodrigues.pdf	25/06/2018 19:35:32	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Danilo_Silva.pdf	25/06/2018 19:34:53	Livia Barbosa	Aceito
Outros	lattes_Ana_Rita.pdf	25/06/2018 19:34:03	Livia Barbosa	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_validacao_I FBRM.pdf	15/06/2018 18:02:19	Livia Barbosa	Aceito
Outros	instrumento_roteiro_observacao.pdf	15/06/2018 15:20:17	Livia Barbosa	Aceito
Outros	instrumento_roteiro_Entrevista_profissio nais.pdf	15/06/2018 15:20:03	Livia Barbosa	Aceito
Outros	instrumento_Roteiro_entrevista_pcd.pdf	15/06/2018 15:19:53	Livia Barbosa	Aceito
Outros	instrumento_ifbrm.pdf	15/06/2018 15:19:35	Livia Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.986.742

BRASILIA, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 20 de 20