




DIÁLOGOS SETORIAIS UNIÃO EUROPEIA
BRASIL



AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA APÓS A CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A
EFETIVAÇÃO DE DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS NO BRASIL E NA ALEMANHA

MAIO • 2016

ÍNDICE

ABREVIACÕES.....	04
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	06
LISTA DE TABELAS.....	07
FICHA TÉCNICA.....	08
INTRODUÇÃO.....	11
PRIMEIRA PARTE - CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	
1. A CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ALEMANHA	
A. Implementação.....	13
B. Conceito de deficiência e alinhamento com a CIF e com a convenção.....	15
C. Base normativa definidora do conceito de deficiência para concessão de benefícios previdenciários e reabilitação.....	16
SEGUNDA PARTE - BENEFÍCIOS E SERVIÇOS PREVIDENCIÁRIOS	
2. BENEFÍCIOS E SERVIÇOS PREVIDENCIÁRIOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	19
A. Reabilitação e benefícios previdenciários na Alemanha.....	19
B. Reabilitação profissional e benefícios previdenciários no Brasil.....	27
3. MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA PARA REABILITAÇÃO E CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS.....	31
A. Modelo de avaliação e gradação alemão.....	31
B. Modelo de avaliação e gradação brasileiro.....	40
4. FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA PARA POLÍTICAS SOCIAIS NA ALEMANHA.....	43
5. ESTATÍSTICAS DE CONCESSÕES DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS NA ALEMANHA, INCLUINDO AQUELES RELACIONADOS COM DEFICIÊNCIA.....	44

TERCEIRA PARTE - MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS EM OUTROS PAÍSES EUROPEUS

6. O MODELO DO CHIPRE.....	51
----------------------------	----

QUARTA PARTE – O ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO À LUZ DA PESQUISA MODELO DE DEFICIÊNCIA PROPOSTA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E PELO BANCO MUNDIAL

7. OBJETIVOS, CONTEÚDO E ESTRUTURA - IF-BrA & MDS.....	57
--	----

QUINTA PARTE - AVALIAÇÃO GERAL DO INSTRUMENTO UTILIZADO NO BRASIL

8. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO ADOTADO NO BRASIL (INSTRUMENTO, MÉTODO E PROFISSÕES ENVOLVIDAS E/OU COM NECESSIDADE DE SEREM ENVOLVIDAS).....	77
---	----

9. RECOMENDAÇÕES EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO A SER UTILIZADO NO ESCOPO DE UMA AVALIAÇÃO ÚNICA DA DEFICIÊNCIA E HABILIDADES/COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NECESSÁRIAS À APLICAÇÃO MULTIPROFISSIONAL.....	83
--	----

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
-------------------------------	----

ANEXOS.....	85
-------------	----

ABREVIACÕES

ABREVIACÕES	NOME EM PORTUGUÊS	NOME EM ALEMÃO ¹
BAA	Agência Federal de Trabalho	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Associação Federal de Reabilitação	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BGG	Lei de Equalização de Oportunidades	Behindertengleichstellungsgesetzes
BMAS	Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BPC	Benefício de Prestação Continuada	
BVG	Lei Federal de Previdência	Bundesversorgungsgesetz
CID-GM	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Modificação Alemã	
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho	
DGUV	Seguro Estatutário de Acidentes	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
(pensão) EM	Pensão devido à redução da capacidade laborativa	Rente wegen Erwerbsminderung
GdB	Grau de deficiência	Grad der Behinderung
GdS	Grau da lesão	Grad der Schädigung
GRV	Previdência Social Alemã	Gesetzliche Rentenversicherung
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	
IF-Br	Índice de Funcionalidade Brasileiro	
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social	
MDS	Model Disability Survey	
MIF	Medida de Independência Funcional	
NAP	Plano Nacional de Ação	Nationaler Aktionsplan
OIT	Organização Internacional do Trabalho	

OMS	Organização Mundial de Saúde	
ONU	Organização das Nações Unidas	
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde	
SGB	Livro da Seguridade Social	Sozialgesetzbücher
VersMedV	Lei Federal de Assistência	Versorgungsmedizin-Verordnung
WHODAS	Disability Assessment Schedule	

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** Mudança das pensões por redução da capacidade a partir de 2001
- Figura 2** Significado do Moto “Reha vor Rente” em Relação a Benefícios Previdenciários
- Figura 3** Esquema de Coleta de Dados no MDS em Relação a Assistência Pessoal, Dispositivos de Ajuda e Modificações

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Políticas Públicas Federais para as Pessoas com Deficiência
- Tabela 2** Comparação Tentativa da Correspondência dos Benefícios Brasileiros descritos neste Documento a Benefícios Alemães
- Tabela 3** Número de pedidos de reabilitação e de benefícios de participação e inclusão no trabalho recebidos pela DRV, assim com o número de benefícios deferidos em 2000, 2005, 2010 e 2014
- Tabela 4** Indicações Mais Frequentes para Reabilitação
- Tabela 5** Número de Pedidos Avaliados, Deferidos e Indeferidos em 2000, 2010, 2013 e 2014
- Tabela 6** Valores Recebidos por Homens e Mulheres que Recebem o Benefício Previdenciário nas Regiões Oeste e Leste da Alemanha.
- Tabela 7** Qualificador Dominante (QD), Grau de Deficiência e Definição Correspondente
- Tabela 8** Premissas do MDS e a Operacionalização Utilizada na Construção do Instrumento
- Tabela 9** Escore Utilizados na Pontuação do Índice de Funcionalidade Brasileiro
- Tabela 10** Condições do Modelo Linguístico Fuzzy
- Tabela 11** Comparação Geral do MDS e do IF-Br
- Tabela 12** Capítulos da CIF Incluídos no MDS e no IF-Br
- Tabela 13** Categorias de Funções do Corpo Incluídas no MDS e no IF-Br em Comparação com o ICF Generic Set, o ICF Rehab Set e WHODAS
- Tabela 14** Categorias de Atividades e Participação Incluídas no MDS e no IF-Br em Comparação com o ICF Generic Set, o ICF Rehab Set e WHODAS
- Tabela 15** Categorias de Fatores Ambientais Incluídas no MDS e no IF-Br em Comparação com o ICF Generic Set, o ICF Rehab Set e WHODAS

FICHA TÉCNICA

INSTITUIÇÕES RESPONSÁVEIS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Políticas de Previdência Social
Benedito Adalberto Brunca

Departamento de Políticas de Saúde e
Segurança Ocupacional
Marco Antonio Gomes Pérez

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO
SOCIAL
Diretoria de Saúde do Trabalhador
Cézar Augusto de Oliveira

AUTOR

Perito Sênior Externo
Carla Sabariego

COORDENAÇÃO

DELEGAÇÃO DA UNIÃO EUROPEIA NO
BRASIL

Embaixador Chefe
João Gomes Cravinho

Ministro Conselheiro - Chefe de Cooperação
Thierry Dudermel

Adido de Cooperação - Coordenador do Projeto
Apoio aos Diálogos Setoriais UE-Brasil
Asier Santillan Luzuriaga

Consórcio executor
CESO Development Consultants/FIAPP/INA/CEPS

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO

Secretária de Gestão
Gleisson Cardoso Rubin

Diretor Nacional do Projeto
Marcelo Mendes Barbosa

CONTATOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA (MF)
Departamento de Políticas de Saúde e
Segurança Ocupacional
Telefones: +55 61 2021.5735/ 5778
Email: dpso@previdencia.gov.br

DIREÇÃO NACIONAL DO PROJETO
DIÁLOGOS SETORIAIS UNIÃO EUROPEIA-
BRASIL
Secretaria de Gestão Pública
Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e
Gestão
Telefone: + 55 61 2020. 4645/4168/4785
dialogos.setoriais@planejamento.gov.br
www.dialogossetoriais.org

RESPONSIBLE INSTITUTIONS

MINISTRY OF FINANCE (MF)

Secretariat of Social Security Policies
Benedito Adalberto Brunca

Department of Occupational Safety and Health
Policies
Marco Antonio Gomes Pérez

NATIONAL INSTITUTE OF SOCIAL
INSURANCE (INSS)
Directorate for Worker's Health
Cézar Augusto de Oliveira

AUTHOR

Senior External Expert
Carla Sabariego

COORDINATION

EUROPEAN UNION DELEGATION TO
BRAZIL

Head of the European Union Delegation
João Gomes Cravinho

Minister Counsellor - Head of Development and
Cooperation Section
Thierry Dudermel

Cooperation Attaché – EU-Brazil Sector

Dialogues Support Facility Coordinator
Asier Santillan Luzuriaga

Implementing consortium
CESO Development Consultants/FIAPP/INA/CEPS

MINISTRY OF PLANNING, DEVELOPMENT
AND MANAGEMENT

Secretary of Management
Gleisson Cardoso Rubin

Project National Director
Marcelo Mendes Barbosa

CONTACTS

MINISTRY OF FINANCE
Secretariat of Social Security Policies
Department of Occupational Safety and Health
Policies
Telefones: +55 61 2021.5735/ 5778
Email: dpso@previdencia.gov.br

EUROPEAN UNION-BRAZIL SECTOR
DIALOGUES
SUPPORT FACILITY
PROJECT COORDINATION UNIT
Secretariat of Public Management
Ministry of Planning, Development and
Management
Telefone: + 55 61 2020. 4645/4168/4785
dialogos.setoriais@planejamento.gov.br
www.dialogossetoriais.org

INTRODUÇÃO

O Brasil, por meio do Decreto nº. 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (doravante, a Convenção) e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e aprovado segundo o procedimento estabelecido no §3º do Art. 5º da Constituição Federal de 1998, pelo Decreto Legislativo 186, de 9 de julho de 2008. Portanto, a referida Convenção foi incorporada ao texto constitucional.

A Convenção da ONU traz uma revolução no conceito de deficiência, o qual passa a ser definido como “... *deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, as quais, em interação com diversas barreiras, podem impedir à sua participação plena, eficaz e igualitária na sociedade*”.

O desafio atribuído ao Poder Executivo, em especial à Política Previdenciária brasileira, em diálogo com a sociedade civil organizada, foi o de elaborar um instrumento capaz de captar este conceito de deficiência, algo até então inédito no ordenamento jurídico e nas políticas públicas brasileiras.

Para a construção do referido instrumento no âmbito da Previdência Social utilizou-se, como ponto de partida, o Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br, instrumento científico elaborado

pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, o qual define a funcionalidade como eixo central, abrangendo todos os tipos de deficiência. Este instrumento foi adaptado às exigências da Lei Complementar nº. 142/2013 que institui a Aposentadoria para Pessoa com Deficiência no Regime Geral da Previdência Social, a qual define a gradação de deficiência em leve, moderada e grave.

Por ser um instrumento inédito tanto no âmbito jurídico quanto das políticas públicas no Brasil, o aperfeiçoamento engloba a realização de estudos comparativos com a experiência vivida por outros países, motivo pelo qual o desenvolvimento de estudo com vistas a cotejar o modelo de avaliação brasileiro com o modelo utilizado pela Alemanha foi originalmente proposto. Este trabalho comparativo é o objetivo do presente relatório.

PRIMEIRA PARTE

CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

1. A CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ALEMANHA

A. IMPLEMENTAÇÃO

Na Alemanha, a situação das pessoas com deficiência, no sentido de impedimentos, é marcada até 2001 por uma política de caráter assistencialista, refletida nos antigos “Relatórios sobre Deficientes” (Behindertenberichte) que surgem em 1982 a partir de uma decisão do parlamento alemão de que o Governo Federal deve preparar um relatório ao final de cada legislatura sobre a situação das pessoas com deficiência. Em 2001 uma mudança significativa acontece com a entrada em vigor do Código IX da Seguridade Social (SGB IX) – um código específico que regulamenta a reabilitação, participação e inclusão social da pessoa com deficiência, em vigor até o presente momento. O objetivo principal do SGB IX é promover a autonomia e igualdade de participação e inclusão em sociedade das pessoas com deficiência bem como evitar e compensar atos discriminatórios

(§1 SGB IX). Este código acompanha uma importante mudança de paradigma: pessoas com deficiência passam de objeto para sujeito, de uma posição de heteronomia para a de autonomia. Correspondentemente a política alemã até então assistencialista é substituída por uma política que tem como foco a participação e inclusão social de pessoas com deficiência. O foco na participação e inclusão social é reforçado em 2002 com a adoção da Lei de Equalização de Oportunidades (BGG) (Behindertengleichstellungsgesetz) de pessoas com deficiência, um passo importante em direção à implementação da proibição de discriminação estabelecida no artigo 3º, nº 3, frase 2, da Constituição Alemã («*Ninguém pode ser discriminado por causa de sua deficiência*»). A BGG regulamenta a acessibilidade de estabelecimentos, meios de transporte, utensílios técnicos, sistemas de processamento de informações acústicas e visuais, equipamentos de telecomunicações e outras áreas da vida, e proíbe discriminação principalmente por parte de autoridades públicas, e empresas e instituições de âmbito federal, como por exemplo a Agência Federal do Trabalho.

A **Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência** é ratificada pela Alemanha 30 de março de 2007 e entra em vigor em 26 de março de 2009. A partir deste momento os antigos “Relatório sobre Deficientes” (Behindertenberichte), ainda com caráter assistencialista, são definitivamente substituídos pelos “Relatórios sobre a Participação e Inclusão Social de Pessoas com Deficiência” (Teilhabeberichte). Estes relatórios anuais, produzidos pelo Ministério Alemão do Trabalho e Assuntos Sociais (BMAS), passam a diferenciar,

pela primeira vez, impedimentos e deficiências. Impedimentos estão relacionados a peculiaridades e lesões de Funções ou Estruturas do Corpo, como a visão e audição. A deficiência é caracterizada por restrições permanentes de participação assim como limitações permanentes de Atividades diárias que surgem da interação entre impedimentos e Fatores Ambientais desfavoráveis. Tendo em vista a implementação da Convenção, o BMAS lança em 15 de junho de 2011 o primeiro Plano Nacional de Ação (NAP), que inclui 200 medidas em 12 áreas, com a intenção de que este plano seja válido por 10 anos (até 2021). No outono de 2014, uma revisão independente do NAP, já prevista no lançamento, é divulgada. A revisão tem caráter bastante crítico e inclui uma série de recomendações ao BMAS, entre elas melhorar a coleta de dados sobre deficiência, aumentar a transparência em relação às referências à Convenção, reforçar a conexão de cada medida com a Convenção, e a inclusão de temas e medidas transversais.

No dia 17 de abril de 2015 as medidas do governo alemão para implementar a Convenção são avaliadas pelo Comitê dos Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas.

A comissão ressalta a existência de um plano de ação, assim como o reconhecimento da língua de sinais alemã como fatores positivos. A comissão lista, no entanto, uma série de fatos considerados negativos, dentre eles a implementação é considerada insuficientemente transparente em relação aos direitos de pessoas com deficiências, e a qualidade de dados e estatísticas disponíveis para avaliá-la de baixa qualidade. Adaptações e modificações em relação à acessibilidade são consideradas insuficientes, e fatores como

institucionalização e violência, o nível de inclusão do sistema educacional nacional, especialmente a existência de escolas especiais, e o direito a voto são duramente criticados. Em resposta à revisão do NAP e à avaliação do Comitê das Nações Unidas o BMAS apresentou, em novembro de 2015, a primeira versão da revisão do Plano Nacional de Ação (NAP 2.0). O NAP 2.0 passa a incluir, como sugerido, temas transversais, e propõe medidas para melhorar a qualidade de dados e medidas específicas para pessoas com deficiência grave, entre outros.

A infraestrutura promovida pelo governo alemão para a implementação e monitoramento da Convenção corresponde à estrutura proposta no art. 33 da Convenção. Três instâncias foram criadas a nível nacional: o ponto focal governamental, o órgão governamental de coordenação (desde 2008), e o órgão independente de monitoramento.

O **ponto focal governamental (Focal Point) é de responsabilidade do BMAS. O órgão governamental de coordenação é de responsabilidade do comissário do governo federal para os interesses de pessoas com deficiências e se constituído conselho de inclusão e quatro comissões técnicas. O conselho de inclusão é o órgão decisório supremo do órgão governamental de coordenação, a grande maioria de seus membros são pessoas com deficiência, mas o conselho também inclui um representante do Ponto Focal, de pessoas com deficiência de cada região do país, do órgão independente de monitoramento. O presidente do conselho de inclusão é o comissário do governo federal para os**

interesses de pessoas com deficiência. As quatro comissões técnicas cobrem as seguintes áreas:

- **Comissão Técnica 1:** saúde, dependência, prevenção, reabilitação;
- **Comissão Técnica 2:** liberdade e direitos de propriedade, mulheres, parceria, família, bioética;
- **Comissão Técnica 3:** trabalho e educação;
- **Comissão Técnica 4:** mobilidade, construção, habitação, recreação, participação social, informação e comunicação;

O órgão independente de monitoramento é representado pelo Instituto Alemão de Direitos Humanos, localizado em Berlim.

B. CONCEITO DE DEFICIÊNCIA E ALINHAMENTO COM A CIF E COM A CONVENÇÃO

O SGB IX regulamenta desde 2001, como mencionado previamente, a reabilitação, a participação e inclusão social da pessoa com deficiência. A definição de deficiência utilizada no SGB IX é portanto de enorme importância na Alemanha pois define quem são as pessoas com direito à solicitação e concessão de reabilitação e outros benefícios previdenciários.

De acordo com o SGB IX, pessoas são consideradas como deficientes se a sua função física, capacidade mental ou saúde psicológica são altamente susceptíveis de desviar-se por mais de seis meses da condição típica para a idade e, portanto, a sua participação na vida em sociedade

é afetada. O envelhecimento normal não é considerado deficiência de acordo com o SGB IX.

Esta definição presume um desvio permanente (mais de seis meses) do “normal” e apesar da participação em sociedade ser um conceito central, Fatores Ambientais que possam contribuir para limitações em participação não são considerados. Neste sentido, o conceito de deficiência do SGB IX é mais restrito do que o conceito de deficiência proposto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e também mais restrito que a definição da Convenção: “... deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, as quais, em interação com diversas barreiras, podem impedir à sua participação plena, eficaz e igualitária na sociedade”. Note-se que a definição de deficiência utilizada pelo governo federal nos “Relatórios sobre a Participação e Inclusão Social de Pessoas com Deficiência” corresponde à definição da Convenção. Documentos oficiais da Previdência Social Alemã (Gesetzliche Rentenversicherung - GRV) ressaltam, no entanto, que na Alemanha somente o conceito de deficiência do SGB IX deverá ser utilizado para concessão de reabilitação e outros benefícios previdenciários. O mesmo documento sugere que o conceito de deficiência da CIF pode ser, se necessário, parafraseado como »prejuízo da saúde funciona « ou »prejuízo da funcionalidade«.

O portal de estatísticas REHADAT¹ é um sistema de informação alemão específico sobre deficiência e inserção profissional de pessoas com deficiência.

1. <http://www.rehadat-statistik.de/de/>

Segundo este portal, no final de 2013, 7,5 milhões de pessoas na Alemanha tinham a certificação de deficiência grave, equivalente a 9,4 % da população, sendo que 3,3 milhões de pessoas com deficiência grave estavam em idade de trabalho - dos quais 1,6 milhões entre 55 e 65 anos. Em 85% dos casos a deficiência foi causada por uma doença, 4% das deficiências são congênitas ou ocorreram no primeiro ano de vida, e 2% foram devido a um acidente ou doença profissional. Ao todo 62% das pessoas com deficiência tinham deficiências físicas, sendo que em 25% os órgãos internos foram afetados, em 14% dos casos braços e pernas foram limitados na sua função. Ao todo 5% das pessoas com deficiências graves eram cegos ou deficientes visuais, 4% surdos, deficientes auditivos ou mudos.

C. BASE NORMATIVA DEFINIDORA DO CONCEITO DE DEFICIÊNCIA PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS E REABILITAÇÃO

A base normativa usada para a concessão de quase todos benefícios previdenciários e de reabilitação da GRV e outros órgãos responsáveis é a definição do SGB IX mencionada acima.

Duas exceções que devem ser aludidas existem em relação à:

- Pensão por lesão concedida pelo Seguro Estatutário de Acidentes (DGUV);
- Aposentadoria por idade para pessoas com deficiência grave concedida pela GRV;

A função do Seguro Estatutário de Acidentes é evitar acidentes de trabalho, doenças laborais e riscos para a saúde relacionados com o trabalho e restaurar a capacidade profissional e a saúde do segurado “por todos os meios apropriados”. A base jurídica da DGUV é o SGB VII. Trabalhadores segurados cuja capacidade de ganho é reduzida por mais de 26 semanas por, pelo menos, 20 %, tem direito à pensão por lesão. A aposentadoria por idade para pessoas com deficiência grave (§§ 37, 236a SGB VI) concedida pela GRV pressupõe um período de carência de 35 anos cumpridos e deficiência grave reconhecida no início do recebimento da pensão.

Pessoas com deficiência grave são aquelas com grau de deficiência (Grad der Behinderung - GdB) de pelo menos 50 (§ 2 Abs. 2 SGB IX), cujo grau será determinado pelas autoridades responsáveis pela a implementação da Lei Federal de Pensão (BVG). Somente nos casos mencionados acima, GRV e DGUV são obrigadas por lei a reconhecer o GdB. A base normativa para definição do GdB se aproxima bastante da definição do SGB IX, ressaltando que GdB é uma medida dos efeitos físicos, mentais, psicológicos e sociais de prejuízo funcional devido a danos à saúde. Fatores ambientais não são levados em consideração.

SEGUNDA PARTE

BENEFÍCIOS E SERVIÇOS PREVIDENCIÁRIOS

2. BENEFÍCIOS E SERVIÇOS PREVIDENCIÁRIOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A. REABILITAÇÃO E BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS NA ALEMANHA

Não há uma única instituição responsável pela concessão de serviços e benefícios previdenciários à pessoa com deficiência, mas várias instituições responsáveis em conformidade com as disposições legais, sendo estas:

- Seguro Estatutário de Saúde (GKV)
- Agência Federal de Trabalho (≈ CAT – Centro de Apoio ao Trabalhador) (BAA)
- Seguro Estatutário de Acidentes (DGUV)
- **Seguro Estatutário de Aposentadoria (≈ Previdência social) (DRV)**
- Seguro Estatutário de Aposentadoria para Agricultores
- Agência de Provisão de Benefícios a Vítimas da Guerra
- Agência de Assistência Pública a Crianças e Adolescentes
- Agência de Assistência Social

O foco do presente documento serão reabilitação e benefícios previdenciários concedidos pelo **Seguro Estatutário de Aposentadoria** (DRV), órgão similar à Previdência Social brasileira, de interesse neste estudo comparativo entre os instrumentos utilizados para a efetivação de direitos previdenciários no Brasil e na Alemanha.

Até 2001 diferentes regras e benefícios em relação à pessoa com deficiência eram definidos no§§ 9–32 do SGB VI, segundo o princípio da „assistência“. Em junho de 2001, o SGB IX entra em vigor e passa a regulamentar reabilitação e benefícios previdenciários das instituições mencionadas acima, tendo em foco participação e inclusão igualitária assim como preservar substancialmente o grau de autonomia de pessoas com deficiência ou com risco de deficiência. O grau de autonomia deste grupo deverá, em conformidade com a Convenção, ser comparável ao grau de cidadãos sem deficiência. Para garantir este direito, a lei de proibição à discriminação (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG) entra em vigor em 2002. Recomendações de acordo com § 13 SGB IX **são** desenvolvidas para todas as instituições responsáveis listadas acima pela Associação Federal de Reabilitação (BAR) que tem a função de especificar as disposições do SGB IX.

SERVIÇOS CONTRIBUTIVOS DE PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO

No SGB IX o conceito de participação e inclusão é central e determina que a melhoria ou manutenção da participação e inclusão de pessoas com deficiência deverá ser objetivo da concessão

de reabilitação ou outros serviços e benefícios, e que pessoas com deficiência e em risco de deficiência deverão determinar e posicionar seus interesses de forma autônoma. Com o SGB IX o conceito de **Serviços de Participação e Inclusão** é introduzido, e duas categorias principais são definidas: serviços de reabilitação médica e serviços de participação e inclusão no trabalho.

Serviços de reabilitação médica incluem tratamento por médicos, dentistas e outros profissionais de saúde, sob supervisão médica ou por prescrição médica, incluindo aconselhamento sobre comportamentos que favorecem a melhoria da saúde geral. Estes tratamentos incluem:

- Remédios e bandagens
- Dispositivos de auxílio
- Fisioterapia, terapia ocupacional e fonoterapia
- Psicoterapia como tratamento médico e psicológico
- Ergoterapia

Serviços de participação e inclusão no trabalho incluem:

- Auxílio para encontrar ou manter um emprego
- Serviços de preparação profissional
- Programas de educação e treinamento
- Subsídios para profissionais autônomos
- Benefícios para o empregador
- Serviços em oficinas especiais para pessoas com deficiência

Serviços complementares, em geral financeiros

e transitórios, podem ainda ser concedidos a pessoas que estejam recebendo serviços de reabilitação médica ou serviços de participação e inclusão no trabalho, sendo estes:

- Auxílio financeiro transitório
- Cobertura ou subsídios sobre contribuições para a seguridade social
- Reabilitação em grupo, prescrita por médico, incluindo exercícios, para mulheres e meninas com deficiência, com o objetivo de fortalecimento da autoestima
- Treinamento funcional em grupos sob orientação e supervisão médica
- Despesas de viagens para tratamento
- Cobertura transitória de custos de empregados domésticos e de creches

Outros serviços adicionais para facilitar a vida em sociedade oferecidos pela GRV são, por exemplo:

- Benefícios adicionais para reintegração no mercado de trabalho oferecidos como preparação para serviços de reabilitação a fim de maximizar o efeito da reabilitação
- Benefícios adicionais para assegurar a capacidade de trabalho, em geral medidas preventivas

Uma das premissas máximas do SGB IX, estipulada no § 8 Abs. 1 é de que os serviços de participação e inclusão devem ter prioridade em relação a benefícios previdenciários. O SGB IX exige assim que todas as instituições responsáveis, entre elas o **Seguro Estatutário de Aposentadoria** (DRV), analisem em primeiro plano as chances de

sucesso dos benefícios de participação e inclusão ANTES de considerar aplicações ou conceder benefícios de proteção contra riscos econômicos e outros benefícios complementares (§6 SGB IX). Esta premissa é conhecida por »REABILITAÇÃO ANTES DE PENSÃO« (§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI), em alemão “Reha vor Rente”.

O **Seguro Estatutário de Aposentadoria** (DRV), foco do presente relatório, é responsável por segurados que necessitem de serviços ou benefícios que lhes permitam continuar a trabalhar ou se reintegrar no mercado de trabalho. Neste sentido, o moto »REABILITAÇÃO ANTES DE PENSÃO« (§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI) é extremamente importante.

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

O **DRV** oferece três tipos de benefícios previdenciários, com várias opções em cada um deles:

- a. aposentadorias por idade;
- b. aposentadorias por redução da capacidade laborativa e
- c. aposentadorias por morte.

Benefícios previdenciários específicos para pessoas com deficiência são as aposentadorias por redução da capacidade laborativa (b). Além destas, existe a aposentadoria por idade (a) específica para pessoas com deficiência grave (GdD >=50).

APOSENTADORIAS POR REDUÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA

Até dezembro de 2000, o DRV oferecia dois tipos de pensões a pessoas que por motivo de saúde não tivessem mais condições de trabalhar: pensões devido à incapacidade laborativa geral, que tinham um fator de cálculo idêntico ao da aposentadoria por idade, e determinava que a pessoa não poderia assumir nenhum tipo de trabalho; e pensões devido à incapacidade laborativa especificamente na profissão exercida, tendo estas um fator de cálculo correspondente a 2/3 da aposentadoria por idade (0,6667). Neste segundo tipo de pensão, a pessoa seria considerada em condições de assumir outro tipo de trabalho que não a profissão exercida até o momento. Em 2001, com a entrada em vigor do SGB IX, este tipo de pensão sofre uma reforma importante (EM-ReformG) e o DRV passar a ter apenas uma possibilidade de pensão devido à redução da capacidade laborativa (§43 SGB VI). Esta pensão, chamada pensão EM (Rente wegen Erwerbsminderung), poderá ser concedida por redução completa ou parcial da capacidade laborativa. Ao contrário das pensões concedidas até 2000, que podiam ser por tempo indeterminado, estas pensões são concedidas basicamente por no máximo três anos. Uma avaliação da necessidade de continuidade da pensão é necessária ao final de cada período e a continuidade terá duração também de no máximo 3 anos (§ 102 Abs. 2 Satze 1 bis 4 SGB VI). Se a pensão vier a ser reiterada por 9 anos, a recuperação é considerada extremamente improvável e a pensão passa a ser por tempo indeterminado (§ 9 SGB VI und § 8 SGB IX).

A pensão devido à redução **total** da capacidade laborativa tem um fator de cálculo igual ao da pensão de aposentadoria por idade (§67 Nr. 3 SGB VI). Segurados com direito a este tipo de pensão são aqueles que “não conseguem nem conseguirão, no futuro próximo, por causa de doença ou deficiência, sob as condições habituais do mercado de trabalho em geral, trabalhar pelo menos três horas por dia, têm uma redução total da capacidade laborativa (§ 43 Abs. 2 SGB VI)”. O limite de três horas corresponde ao mínimo necessário para compensação no sistema de seguro-desemprego alemão e foi escolhido para garantir a uniformidade entre os esquemas de seguro de pensão e seguro-desemprego. A pensão devido à redução **parcial** da capacidade laborativa corresponde à metade da pensão por redução total da capacidade laborativa (Fator do tipo de pensão: 0,5; §67 Nr. 2 SGB VI). Segurados com direito a esta pensão são os que “não conseguem nem conseguirão, no futuro próximo, por causa de doença ou deficiência, sob as condições habituais do mercado de trabalho em geral, trabalhar pelo menos três até, no máximo, seis horas por dia (§ 43 Abs. 2 SGB VI).” A concessão da pensão parcial assume que os segurados afetados, para garantir sua subsistência, complementem a pensão parcial com outras formas de renda no mercado de trabalho. Se o segurado é capaz de provar que isto não é possível, a pensão é ampliada para corresponder à pensão devido à redução total da capacidade laborativa.

A Figura 1 mostra a mudança das pensões por redução da capacidade a partir de 2001.

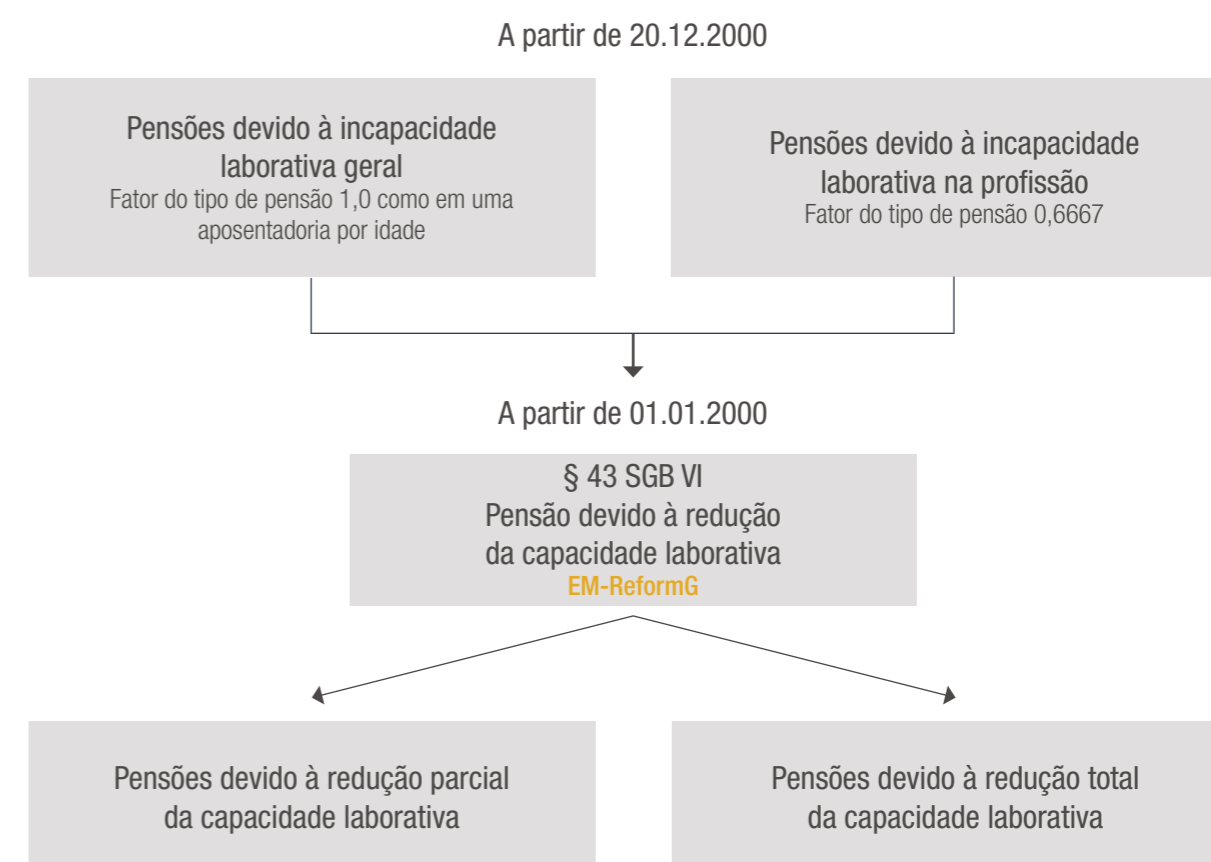


Figura 1: Mudança das pensões por redução da capacidade a partir de 2001.

A pensão devido à redução (total ou parcial) da capacidade laborativa é convertida em aposentadoria por idade assim que o segurado atinge a idade exigida para tal aposentadoria (§115 Abs. 3 SGB VI). Para pessoas nascidas antes de 1947, o limite de idade padrão são 65 anos. Para nascidos depois de 1947, a “Lei de Ajuste de Idade Limite” para aposentadoria no período 2012-2029 entra em vigor. Esta lei prevê que o limite de 67 anos seja atingido gradualmente até 2029.

Os pré-requisitos necessários para que uma pessoa seja elegível para a concessão da pensão devido à redução (total ou parcial) da capacidade laborativa são:

- a) Período de carência geral (período de seguro mínimo) de cinco anos & nos últimos cinco anos antes do início da deficiência terem sido pagos, pelo menos, três anos de contribuição obrigatória em um emprego ou ocupação segurados (§43 Abs. 1,2 SGB VI);
- b) Perda da capacidade laborativa deve ser, necessariamente, devido a doença ou deficiência;
- c) Segurados não conseguem nem conseguirão, no futuro próximo, por causa de doença ou deficiência, em condições habituais do mercado de trabalho em geral, trabalhar pelo menos três, ou de três a seis horas por dia (§ 43 Abs. 1, 2 SGB VI).

A avaliação da perda da capacidade laborativa (b) é, portanto, de central importância para a concessão da pensão. Ao contrário do processo de avaliação do direito à indenização social, do direito à pensão do DGUV e do direito da pessoa com deficiência

grave, onde o GdB da pessoa com deficiência é reconhecido, na concessão da pensão devido à redução (total ou parcial) da capacidade laborativa a capacidade residual de trabalho deverá ser avaliada e é decisiva. O GdB, caso existente, será protocolado, mas a mera existência do GdB, mesmo que maior que 50 e, portanto, indicando deficiência grave, não assegura à pessoa com deficiência o direito à pensão por não levar em conta Fatores Ambientais.

APOSENTADORIA POR IDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA GRAVE

Esta pensão é regulamentada no §§ 37, 236a do SGB VI. Os pré-requisitos necessários para que uma pessoa seja elegível são:

- Período de carência de 35 anos cumprido
- Deficiência grave reconhecida no início do recebimento da pensão

Neste caso, pessoas com deficiência grave são aquelas com GdB de pelo menos 50 (§ 2 Abs. 2 SGB IX) e a comprovação de GdB avaliada pelas autoridades para a implementação da BVG, e note-se, não pela DRV, deverá ser reconhecida pela DRV e suficiente para a concessão da pensão. Para nascidos antes de 1952 o limite de idade são 63 anos. O limite de idade para aposentadoria prematura são 60 anos.

BENEFÍCIOS NÃO CONTRIBUTIVOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Pessoas portadoras da certificação de deficiência (GdB) de pelo menos 50 (§ 2 Abs. 2 SGB IX), e

pessoas com GdB de 30 ou 40 (deficiência leve) tem direitos a diversos benefícios não contributivos. Estes benefícios são concedidos de acordo com o GdB mas pessoas com GdB 30 ou 40 podem solicitar da Agência Federal de Trabalho, por exemplo, acesso aos mesmos direitos concedidos às pessoas com deficiência grave, GdB 50, se comprovarem a impossibilidade de conseguir ou manter um emprego por conta da deficiência sem estes direitos (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

Os direitos de pessoas portadoras da certificação da deficiência incluem para GdB 30/40:

- Igualação de direitos (exemplo acima) (§ 2 Abs. 3 SGB IX);
- Proteção contra demissão se a igualação de direitos foi concedida (§ 68 Abs. 3 SGB IX);
- Isenção de Imposto de Renda sobre renda de até 310€ (GdB 30) ou 430€ (GdB 30)(§ 33b EstG).

Direitos para pessoas com deficiência grave (GdB 50) são, entre outros:

- Reconhecimento legal como pessoa com deficiência grave (§ 2 Abs. 2 SGB IX);
- Isenção de Imposto de Renda sobre renda de até 570€ (§ 33b EstG)
- Recrutamento preferencial (§§ 81, 122 SGB IX)
- Proteção contra demissão (§§ 85 ff SGB IX)
- Assistência pessoal no emprego (§ 102 SGB IX)
- Isenção de horas extras (§ 124 SGB IX)

- Uma semana adicional de férias retribuídas por ano (§ 125 SGB IX)
- Possibilidade de se aposentar por idade até 5 anos mais cedo (§§ 37, 236a SGB VI)
- Aposentadoria antecipada para funcionários públicos (§ 52 BBG)
- Carga horária reduzida para professores (redução especificada por cada estado)
- Redução da Contribuição para ADAC (Clube Alemão do Automóvel)²
- Seguro coberto nos seguros estatutários de saúde e de pensão para as pessoas com deficiência que trabalham em oficinas para deficientes (SGB V u. SGB VI)
- Ajudas de financiamento de veículos para profissionais (por exemplo, § 20 SchwbAV i.V.m. KfzHV)
- Subsídios para financiamento de habitação apropriada em caso de dependência § 14 SGB XI: 1.200 € (§ 17 Wohngeldgesetz)

Pessoas com GdB acima de 60 tem, adicionalmente, direito a maiores isenções de imposto de renda (quando mais alto o GdB, maior a isenção, chegando a 1.420€ para GdB 100) e maiores subsídios, como por exemplo subsídios para financiamento de habitação apropriada em caso de dependência, ou descontos de empresas de telefonia.

2. ADAC promove os interesses do automobilismo e turismo, oferece diversos serviços sendo o mais popular a assistência em caso de problemas inesperados com o veículo do segurado. Associação muito popular na Alemanha.

“BENEFÍCIO ASSISTENCIAL BÁSICO” PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA GRAVE

Pessoas com deficiência grave em situação de vulnerabilidade financeira e que não podem garantir a subsistência com renda **própria**, ou com o apoio da família, têm direito ao “benefício assistencial básico para idosos e pessoas sem capacidade de trabalho” (Grundsicherung), uma forma de **pensão** continuada **não** contributiva regulamentada pelo SGB XII, o livro da assistência social. Pré-requisitos são a pessoa ter completado 18 anos e ser incapaz de trabalhar, permanentemente e independentemente da situação do mercado de trabalho, e ser economicamente vulnerável. Se a pessoa com deficiência tiver alguma forma de renda, o benefício básico será complementar a esta renda. A vulnerabilidade financeira será avaliada de acordo com o SGB XII levando-se em conta a renda e os bens do cônjuge, ou do parceiro em caso de **união** estável.

Pessoas com deficiência que trabalham em oficinas para deficientes tem direito automático ao benefício por serem consideradas completamente incapazes de trabalhar por **remuneração**, assim como pessoas que residem em **instituições** especializadas e recebem benefícios de dependência por causa da deficiência. Em outros casos, a capacidade de trabalho deverá ser avaliada. A certificação da deficiência (GdB) **não é suficiente para** garantir o direito ao benefício por **não** levar em conta a capacidade de trabalho.

O valor do benefício financeiro regular **é calculado de acordo com as regras definidas pelos governos estaduais. Desde 1 de Janeiro de**

2016, a renda mensal gira em torno de 404 € para um adulto que mora sozinho, ou com filhos menores de idade, e 364 € para beneficiários que morem com **cônjuges ou parceiros**. O benefício básico inclui:

- o benefício financeiro regular descrito acima;
- pagamento das despesas usuais básicas da casa (luz, água, aquecimento);
- pagamento das taxas mandatárias dos seguro de saúde e de dependência;
- um valor mensal adicional ao benefício financeiro regular se, entre outros:
 - . a pessoa tiver GdB com as siglas G (mobilidade consideravelmente reduzida) ou aG (excepcional dificuldade para caminhar) (§ 30 , SGB 12), neste caso 17% a mais;
 - . a pessoa tiver necessidade de uma dieta especial por conta da deficiência ou doença crônica;
 - . se a pessoa morar e tiver a custódia de filhos menores;
 - . se a beneficiária estiver grávida.

Pessoas com deficiência deverão solicitar o benefício pela Agência de Assistência Social, e este será **concedido usualmente** por um ano. Após este período, o benefício terá que ser solicitado novamente. Caso a **avaliação** da capacidade de trabalho seja necessária, a Agência de Assistência Social solicitará esta a **avaliação** à DRV. A **avaliação** será solicitada se Agência de Assistência Social considerar provável, após avaliar o caso, que a pessoa **não** é capaz, permanentemente, de trabalhar ao menos três horas por dia.

B. REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS NO BRASIL

O Brasil conta atualmente com 23 políticas públicas federais (Tabela 1) para as pessoas com deficiência³. Os benefícios aqui discutidos se referem aos três primeiros benefícios da previdência social, assim como ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, tendo em vista o uso de instrumento padronizado e baseado na CIF para avaliação de deficiência.

Tabela 1: Políticas públicas federais para as pessoas com deficiência.

Área	Política/Benefício
Previdência Social	Aposentadoria da pessoa com deficiência, por tempo de contribuição ou por idade
	Reabilitação Profissional
	Aposentadoria por invalidez
	Majoração de 25% (assistentes pessoais)
Assistência Social	Dependentes com deficiência para pensões
	Benefício de Prestação Continuada (BPC)
	Auxílio-Inclusão
	Residências Inclusivas
Trabalho e Emprego	Centros-Dias
	Cotas nas empresas privadas
	Cotas no serviço público
Saúde	Aprendiz com deficiência
	Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
Educação	Reabilitação
	Atendimentos especializados
	BPC na Escola
	Cotas nas universidades públicas

3. Apresentação da delegação brasileira no escopo da reunião “EXPERT MEETING ON DISABILITY ASSESSMENT”, World Health Organization - Headquarters, Salle C, Geneva, Switzerland, 12 and 13 April 2016.

Área	Política/Benefício
Habitação	Moradias adaptadas e adaptáveis
Transporte	Passe-livre
Impostos federais	Compra de veículo automotivo
	Isenção de Imposto de Renda
	Prioridade na restituição do Imposto de Renda

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A Previdência Social, através do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tem como “*uma de suas atribuições de caráter obrigatório (é) proporcionar o reingresso ao mercado de trabalho e no contexto em que vivem, os beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, e as pessoas portadoras de deficiência*”⁴. O INSS define reabilitação profissional como “*Serviço da Previdência Social que tem o objetivo de oferecer aos segurados incapacitados para o trabalho, por motivo de doença ou acidente, os meios de reeducação ou adaptação profissional para o seu retorno ao mercado de trabalho*” (art. 89 da Lei 8213/91 e art. 136, do Decreto nº 3.048/99).

A reabilitação oferecida pelo INSS é multiprofissional e o atendimento feito por médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais. Um ou mais membros desta equipe avaliam, após encaminhamento pela perícia

médica, se o segurado tem condições de cumprir o programa de reabilitação ou não. Se a avaliação é positiva, e o segurado tem vínculo empregatício, o técnico responsável pelo caso discute e negocia com a empresa a possibilidade de uma nova função compatível com seu quadro clínico. Segurados que cumprem o programa recebem um certificado e o benefício é encerrado, podendo o segurado retornar ao trabalho, passando então a fazer parte da “Lei de Cotas”. Segurados com vínculo empregatício, além da possibilidade de readaptação profissional na empresa de vínculo, poderão, também, ser encaminhados a cursos para qualificação profissional. Segurados sem vínculo empregatício serão encaminhados para cursos de qualificação profissional. Pessoas com deficiência com certificados de habilitação ou reabilitação profissional pelo INSS são consideradas “habilitadas” ou “reabilitadas”, o que as torna formalmente capazes de desempenhar funções que possam ter sido perdidas, ou exercer atividades adequadas e compatíveis com as limitações atuais.

Recursos materiais necessários à reabilitação, neste caso próteses, órteses, dispositivos de auxílio, implementos profissionais, ou mesmo

auxílio-transporte e auxílio-alimentação, poderão ser concedidos caso necessário. A prioridade de atendimento aos recursos materiais necessários à reabilitação é para segurados da previdência social. Trabalhadores recebendo auxílio-doença terão prioridade de atendimento e não há prazo mínimo de contribuição para a concessão de reabilitação profissional. A prioridade de atendimento se estende, entre outros, a pessoas com deficiência, mesmo que sem vínculo com a Previdência Social. O atendimento a pessoas com deficiência sem vínculo se dará, no entanto, de acordo com a capacidade técnica e financeira da autarquia.

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

O decreto nº 8.145, em vigor desde 03.12.2013 e que regulamenta a Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013, define a aposentadoria por idade da pessoa com deficiência. Tem direito a esta aposentadoria segurados empregados, empregados domésticos e autônomos, os quais devem no momento do requerimento ter deficiência, independentemente do grau (leve, moderada ou grave). Deficiência é aqui definida, em consonância com a Convenção, como “*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*”.

Para aposentadorias por tempo de contribuição, homens com deficiência grave tem direito com 25 anos de tempo de contribuição e mulheres com 20 anos. Se a deficiência for moderada, o homem deverá comprovar 29 anos de tempo de

contribuição, e a mulher 24 anos. A deficiência leve exige 33 anos de tempo de contribuição para homens e 28 anos para mulheres.

No caso de aposentadoria por idade, a carência será de 15 anos de tempo de contribuição, sendo o limite de idade 60 anos para homens e 55 anos mulheres, independentemente do grau de deficiência, mas sendo comprovada deficiência durante pelo menos 15 anos. Períodos de contribuição sem deficiência e com deficiência poderão ser somados.

A concessão destas aposentadorias à pessoa com deficiência permite ao segurado continuar exercendo atividade laborativa, sem que a aposentadoria seja cancelada, como seria o caso na aposentadoria por invalidez ou do benefício auxílio-doença. A aposentadoria por tempo de contribuição do deficiente corresponde a 100% do salário de benefício, enquanto a aposentadoria por idade corresponde a 70% mais 1% (um por cento) para cada ano trabalhado.

Para ter acesso aos dois tipos de aposentadoria o segurado deverá se submeter à perícia do INSS em forma de avaliação médica e funcional, onde a data provável do início da deficiência e o grau serão definidos.

A aposentadoria por invalidez é um benefício de prestação continuada introduzido pela Lei nº 8.213/91 e regulamentada pelo Decreto nº 3.048/99, bem como pelo artigo 475 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O segurado que, recebendo ou não auxílio-doença, é avaliado por perícia médica como incapaz para o

4. PRADO FILHO, João Mariano do. A reabilitação profissional no regime geral de previdência social. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVII, n. 121, fev 2014. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14301&revista_caderno=20>.

trabalho, e sem condições de atender a reabilitação profissional, tem direito ao benefício, o qual será concedida enquanto houver incapacidade para o trabalho.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (BPC)

O Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC) é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993) e concedido pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Beneficiários são idosos com mais de 65 anos de idade e pessoas com deficiência, os quais recebem mensalmente 1 salário mínimo, desde que comprovem ter renda per capita inferior a 1/4 do salário mínimo. No caso de pessoas com deficiência o grau da

deficiência e o nível de incapacidade deverão ser comprovados por meio de avaliação do Serviço de Perícia Médica do INSS.

O BPC é um benefício da assistência social e assim não exige que os beneficiários tenham contribuído para a Previdência Social para ter direito a ele. O benefício não tem caráter de aposentadoria e exige uma reavaliação a cada dois anos para que se verifique se o beneficiário continua tendo o direito de recebê-lo. Desde o Decreto nº 6.214/2007 e desde a entrada em vigor das Leis nº 12.435/2011 e nº 12.470/2011, o BPC também é utilizado para facilitar o acesso a outras políticas públicas, como educação e ingresso no mercado de trabalho.

Uma comparação tentativa da correspondência dos benefícios brasileiros descritos neste documento a benefícios alemães é proposta na Tabela 2.

Tabela 2: Comparação tentativa da correspondência dos benefícios brasileiros descritos neste documento a benefícios alemães.

ALEMANHA	BRASIL
PREVIDÊNCIA SOCIAL	
Aposentadoria por idade para pessoas com deficiência grave	Aposentadoria por tempo de contribuição ou por idade para pessoas com deficiência
Reabilitação médica	Reabilitação Profissional
Aposentadoria por redução da capacidade laborativa (Rente wegen Erwerbsminderung)	Aposentadoria por invalidez
ASSISTÊNCIA SOCIAL	
Benefício assistencial básico (Grundsicherung)	Benefício de Prestação Continuada

3. MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA PARA REABILITAÇÃO E CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

A. MODELO DE AVALIAÇÃO E GRADAÇÃO ALEMÃO

CERTIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

A certificação da deficiência pelo GdB é um documento similar a uma carteira de identidade. Pessoas com deficiência grave são aquelas com GdB de pelo menos 50 (§ 2 Abs. 2 SGB IX), um GdB < 50 indica deficiência leve.

A avaliação do GdB é responsabilidade das autoridades para a implementação da BVG. A avaliação do GdB inclui a avaliação do Grau da lesão (Grad der Schädigung - GdS) e do Grau de deficiência (GdB).

Ambos o GdS e o GdB são medidas dos impactos físicos, mentais, psicológicos e sociais de limitação funcional por conta de problemas ou condições de saúde. Enquanto o GdS tem o foco nas consequências de lesões em Funções e Estruturas do Corpo, levando em conta sua causa, o GdB usa uma perspectiva mais abrangente e leva em conta todos os problemas de saúde, independentemente de sua causa e tem o foco

no impacto das limitações funcionais em todas as áreas da vida e não apenas as limitações gerais da capacidade de trabalho. O GdB é especificado a partir do GdS, levando em conta a existência de mais de uma lesão, ou condição de saúde, mas não é cumulativo. Se a pessoa tem lesões em diversas Funções e Estruturas do Corpo, ou diversas condições de saúde, o GdB terá o valor da lesão mais grave.

A regulamentação da implementação e avaliação do GdS e GdB se encontram no § 1 par. 1 e 3, do § 30 par. 1 e do § 35 par. 1 da Lei Federal de Assistência (VersMedV) de 10 de dezembro de 2008 (em vigor desde primeiro de janeiro de 2009). A VersMedV estabelece os princípios para a avaliação médica das consequências da lesão e a determinação do GdS e GdB. O grau do GdS e GdB são estabelecidos em dezenas, de 20 a 100, utilizando-se a mesma tabela Baremos padronizada como referência. Esta tabela estipula valores padrão para cada lesão de função ou Estrutura do Corpo, ou para condições de saúde (levando em conta o grau de severidade), sendo estes valores independentes da idade da pessoa. Um GdB ≥ 50 indica deficiência grave, um GdB < 50 indica deficiência leve. Além dos valores, a certificação ainda inclui um sistema de código de letras que especificam os impedimentos da pessoa ou direitos específicos. Estas siglas são:

- G: mobilidade consideravelmente reduzida
- aG: excepcional dificuldade para caminhar
- H: "indefeso"
- Bl: cego
- Gl: surdo

- B: autoriza a pessoa a levar consigo um acompanhante
- RF: isenção da taxa de rádio e televisão

Pessoas com deficiência são avaliadas por peritos seguindo os mesmos princípios, e independentemente da profissão exercida pela pessoa. O perito médico deverá seguir as recomendações padronizadas e a tabela Baremos do guia proposto pelo Ministério do Trabalho⁵. A partir de um exame médico e da anamnese, o perito forma sua opinião sobre a causalidade e classifica de acordo com critérios médicos o grau do GdB.

A certificação da deficiência é necessária e suficiente para a aposentadoria por idade para pessoas com deficiência, mas não é suficiente para as aposentadorias EM por não levar em conta Fatores Ambientais.

AVALIAÇÃO MÉDICO-SOCIAL COM FINALIDADE DE CONCESSÃO DE REABILITAÇÃO E CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

A guia “*Avaliação Médico-Social para DRV*”⁶ da própria DRV padroniza e especifica o processo de avaliação para concessão de reabilitação e pensões. Relatórios médico-sociais podem

5. Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) Vom 10. Dezember 2008

6. Deutsche Rentenversicherung Bund. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. aktualisierte Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2003, 2011.

ser necessários por questões muito diferentes. Na área de abrangência do DRV o relatório é elaborado para pedidos de serviços de participação e inclusão, entre eles reabilitação, e de benefícios previdenciários. A avaliação médico-social é formalmente realizada para pessoas com deficiência quando são solicitados:

- Pedidos de benefícios de reabilitação médica (§ 15 SGB VI);
- Pedidos de benefícios de participação e inclusão no trabalho (§ 16 SGB VI. 3);
- Pedidos de aposentadoria por redução da capacidade laborativa (§§ 43 e 240 do SGB VI);
- Pedidos de benefícios de participação e inclusão (§ 51 Par. 1. SGB V).

A avaliação médico-social segue os mesmos princípios independentemente do motivo da solicitação, mas as questões específicas da avaliação diferem de acordo com o benefício solicitado. Questões centrais e independentes do benefício requisitado são:

- A capacidade de trabalho está reduzida? Desde quando? Em virtude de que doença?
- A pessoa participa de algum programa de gestão especializado da doença (disease-management program) ou de um programa de cuidados integrados?
- Quem são os médicos que atendem a pessoa? Quais suas disciplinas?
- Em caso de transtorno psiquiátrico ou deficiência mental ou emocional: a autonomia da pessoa está preservada?
- A pessoa teve que ser acompanhada por

familiar ou outra pessoa para chegar até o local da avaliação?

- Há evidências de que a capacidade laboral está reduzida por conta de acidentes de trabalho? Se existem evidências de que a capacidade laboral está reduzida por conta de acidentes de trabalho, o caso é de responsabilidade do DGUV: o processo na DRV será encerrado e a pessoa será encaminhada para a DGUV.

A presença de doença ou deficiência, bem como o impacto atual e previsível sobre o desempenho do segurado no trabalho são objeto das avaliações médicas e sócio-médicas, tendo em conta todos os aspectos relevantes, caso a caso. O perito é responsável pela avaliação, mas a decisão final se a capacidade laborativa está ameaçada ou reduzida e se os demais pré-requisitos estão preenchidos é tomada pela administração do Seguro Estatutário de Aposentadoria, com base na avaliação sócio-médica.

O foco da avaliação médico-social não é diagnóstico médico da doença ou deficiência, mas sim a avaliação de lesões de Estruturas e Funções do Corpo e as consequentes limitações de Atividades e restrição da participação, bem como a avaliação sócio-médica (de acordo com SGB VI e SGB IX). A guia do DRV ressalta que a CIF poderá ser utilizada para garantir a padronização dos termos usados no laudo para descrever os aspectos funcionais da saúde.

A relação entre lesões de Estruturas ou Funções do Corpo e Atividades deverá ser trabalhada pelo perito de forma plausível e responder às seguintes questões:

- Quais são as lesões de Estruturas do Corpo?
- Quais Funções do Corpo estão afetadas?
- Quais são as limitações de atividade e restrições de participação experimentadas pela pessoa?
- Quão clara é a relação entre lesões de Estruturas / Funções do Corpo e limitações de atividade / restrições de participação?
- Quais são os fatores contextuais (fatores pessoais e ambientais) que devem ser levados em consideração?
- Que influências as limitações de atividade têm sobre a participação na vida profissional?

O relatório final do perito terá que avaliar a capacidade funcional do segurado à luz da última atividade de trabalho exercida. Isto pressupõe que o perito deverá avaliar detalhadamente a história ocupacional do segurado e descrever precisamente quais são as demandas do trabalho.

Apenas assim será possível ao perito dar seu parecer sobre quais os serviços e benefícios necessários e apropriados para cada segurado, no caso de reabilitação ou concessão de benefícios previdenciários.

A especificidades da avaliação médico-social para aposentadoria por redução da capacidade laborativa e da avaliação para reabilitação serão descritas a seguir.

QUESTÕES ESPECÍFICAS DA AVALIAÇÃO MÉDICO-SOCIAL PARA REABILITAÇÃO

Quando a avaliação é necessária e a agência responsável (§ 14 par. 5 SGB IX) não tiver recursos próprios, esta deve sugerir três médicos peritos externos levando em conta a proximidade do segurado e a facilidade de acesso do local de trabalho. Por lei, a avaliação deverá ser feita em um prazo de duas semanas.

Caso o Seguro Estatutário de Saúde (§ 51 Abs. 1 SGB V) avalie que um segurado esta com a capacidade de trabalho comprometida, o próprio Seguro Estatutário de Saúde poderá solicitar que o segurado faça o requerimento de reabilitação ou benefícios de participação e inclusão no trabalho pela DRV, que será responsável pelo financiamento do benefício. Da mesma maneira, a Agência Federal de Trabalho (§ 125 Abs. 2 SGB III) pode solicitar de uma pessoa desempregada recebendo o seguro desemprego o requerimento de reabilitação ou benefícios de participação e inclusão no trabalho pela DRV.

Não há uma única instituição responsável pela concessão de reabilitação à pessoa com deficiência, mas várias agências responsáveis em conformidade com as disposições legais (§ 6 Abs. 1 SGB IX), sendo estas:

- Seguro Estatutário de Saúde (GKV)
- Agência Federal de Trabalho (≈ CAT – Centro de Apoio ao Trabalhador) (BAA)
- Seguro Estatutário de Acidentes (DGUV)
- Seguro Estatutário de Aposentadoria (≈ Previdência social) (DRV)

- Agência de Provisão de Benefícios a Vítimas da Guerra
- Agência de Assistência Pública a Crianças e Adolescentes
- Agência de Assistência Social

Em caso de pedidos de benefício de reabilitação o perito médico tem como função esclarecer primeiramente se as condições pessoais e médicas para concessão do benefício estão satisfeitas. A necessidade de reabilitação, a capacidade da pessoa de participar do processo de reabilitação, assim como a avaliação do prognóstico de sucesso do tratamento deverão ser então avaliados (§§ 9 und 10 des SGB VI).

O perito deverá avaliar a funcionalidade do segurando, levando em consideração o SGB IX e a CIF, de maneira que a avaliação possa ser utilizada por todas as agências que são responsáveis por reabilitação. Para garantir uma avaliação única e válida para as diversas agências, que também possa ser utilizada caso a pessoa venha a requerer outros benefícios de participação e inclusão, as agências concordaram em produzir uma única diretriz com Associação Federal de Reabilitação (BAR), chamada “*Diretrizes gerais de 22.02.2004 para a avaliação médico-social para reabilitação segundo o § 13 Abs. 1 i.V.m. § 13 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX*”⁷. Seguindo esta diretriz, o perito deverá avaliar os seguintes critérios:

7. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, BAR (Hrsg.): »Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung »Begutachtung«) vom 22.03.2004« in: Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main, Dezember 2005, S. 22–36

Necessidade de reabilitação, independentemente da agência responsável. A necessidade de reabilitação surge do risco de ou da restrição significativa da participação e inclusão da pessoa por conta de problemas de saúde, que não pode ser adequadamente tratada de forma curativa, e exige tratamento multidisciplinar e interdisciplinar. O problema de saúde aqui mencionado se refere a lesões em Funções e Estruturas do Corpo, e limitação de Atividades levando-se em conta Fatores Ambientais.

Capacidade de participar do processo de reabilitação. A palavra capacidade se refere aqui à constituição somática e psíquica da pessoa com deficiência ou com risco de desenvolver uma deficiência, por exemplo a motivação ou a condição física da pessoa, e também à condição física ou mental de levar a cabo um tratamento de reabilitação. A pessoa deve ter condições de participar de medidas ativas e passivas, assim como de utilizar meio de transporte apropriado para chegar à clínica. Se comprovado o motivo, o segurado poderá contar com um acompanhante.

Avaliação da perspectiva de sucesso da reabilitação. A perspectiva de sucesso é o parecer do médico perito sobre a probabilidade de sucesso da reabilitação em relação:

- ao problema de saúde;
- à história do problema de saúde até o momento;
- ao potencial da pessoa de compensar déficits;
- ao potencial de melhora tendo em vista

os recursos pessoais assim como fatores psicossociais.

DRV E REABILITAÇÃO

A DRV é responsável por conceder benefícios de reabilitação quando a capacidade de trabalho do segurado está ameaçada ou já reduzida por conta de problemas de saúde. A necessidade de reabilitação é reconhecida pela DRV se o parecer do médico perito engloba todos os pontos principais da avaliação médico-social. A reabilitação pode ter vários objetivos, no caso do DRV estes objetivos devem ser relacionados à capacidade de trabalho. Se esta estiver ameaçada, o objetivo da reabilitação é evitar sua perda. Se a capacidade de trabalho já está reduzida, o objetivo será uma melhora significativa ou evitar a deterioração do nível atual. Caso não haja perspectiva de um resultado positivo da reabilitação, o pedido do segurado pode ser modificado para pedido de aposentadoria (§ 116 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI).

QUESTÕES ESPECÍFICAS DA AVALIAÇÃO MÉDICO-SOCIAL PARA BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

As questões centrais da avaliação para concessão de benefícios previdenciários a serem verificadas pelo perito são:

- a) Como é a capacidade laboral em termos qualitativos?
- b) A capacidade laboral está reduzida quantitativamente?
 . Em relação a aspectos positivos e negativos da capacidade laborativa?

. Em relação à última atividade profissional exercida?

. Há quanto tempo a capacidade laboral está reduzida?

c) A melhora da capacidade laboral é improvável?

d) Caso a recuperação seja provável em um prazo de três anos: é possível estabelecer precisamente a duração da redução da capacidade laboral?

e) Poderá a capacidade laboral melhorar significativamente ou deixar de deteriorar com a provisão de reabilitação?

f) Há evidência de que a capacidade laboral está reduzida por conta de acidentes de trabalho? Se existem evidências de que a capacidade laboral está reduzida por conta de acidentes de trabalho, o processo na DRV será encerrado e o segurado encaminhado para a DGUV.

A avaliação qualitativa da capacidade laboral verifica se e em qual medida existe uma limitação da capacidade, quais são estas limitações em termos de Atividades e restrições de Participação resultantes no trabalho e qual parte da capacidade laboral está preservada. Neste sentido, aspectos positivos e negativos são avaliados.

Aspectos positivos descrevem a capacidade de trabalho preservada levando em conta a quantidade de trabalho físico possível para o segurado, além da ergonomia e organização do trabalho. Aspectos negativos incluem atividades do trabalho que o segurado não pode mais realizar assim como fatores contextuais (por exemplo condições ou

local de trabalho) não mais compatíveis com a doença ou deficiência do segurado. É importante que o perito estabeleça claramente a relação entre aspectos positivos e negativos, e a condição de saúde e lesões de Estruturas e Funções do Corpo. A limitação da capacidade laboral poderá estar neste sentido ligada a problemas de mobilidade e/ou a problemas do local de trabalho, como umidade ou altas temperaturas, ou ainda à resiliência do segurado. O perito deverá incluir na avaliação qualitativa as demandas psíquicas do trabalho, por exemplo atividades que exigem um alto grau de concentração e atenção, ou responsabilidade por um grupo de trabalho grande.

É importante ressaltar que se limitações funcionais significativas podem ser compensadas com esforços do próprio segurado, como por exemplo exercícios físicos específicos regulares, ou dispositivos de ajuda, a restrição qualitativa não representa necessariamente uma redução da capacidade quantitativa. A possibilidade de evitar ou retardar a saída do segurado do trabalho com reabilitação deverá ser sempre considerada e utilizada. Reabilitação médica deverá sempre ter prioridade a benefícios previdenciários (§ 9 SGB VI e § 8 SGB IX). O significado do moto "Reha vor Rente" é exemplificado na Figura 2⁸.

8. DRV. Reha und Rente für Schwerbehinderten Menschen; 10. Auflage (7/2015).

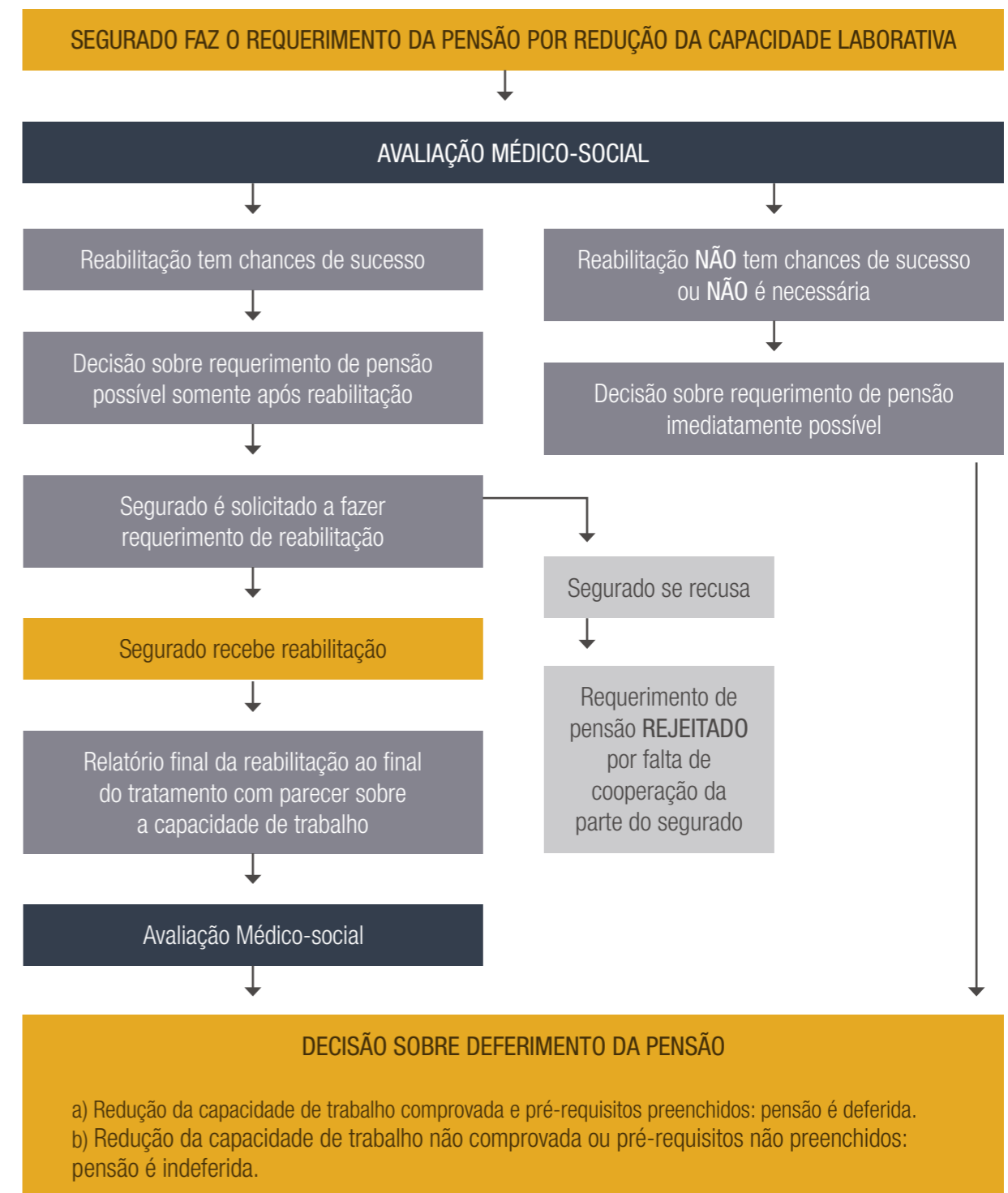


Figura 2: significado do moto "Reha vor Rente" em relação a benefícios previdenciários.

A partir da avaliação qualitativa, o perito decide qual a capacidade laboral quantitativa em termos de horas de trabalho diárias, utilizando valores estabelecidos em 01.01.2001: 6 horas ou mais; de 3 a 6 horas; e menos de 3 horas. Estes limites são utilizados pelos livros II, III, VI e XII do SGB.

LAUDO MÉDICO-SOCIAL

As recomendações para a avaliação do perito se encontram na guia da DRV⁹. Esta guia estabelece os requisitos específicos para conteúdo e estrutura formal do laudo: conformidade com a estrutura pré-determinada; integração consequente e consistente das diversas partes do laudo; estrutura claramente definida; linguagem clara e compreensível para não-médicos, sendo o uso de jargões médicos vetado.

A estrutura do laudo deverá compreender as seguintes partes:

a) Anamnese

A anamnese deverá conter anamnese familiar e individual, queixas atuais, tratamentos e terapias recebidas até o momento do requerimento, anamnese da situação profissional, laborativa e social, a situação familiar e um resumo das circunstâncias relacionadas à solicitação da pensão, benefícios recebidos até o momento do requerimento, e grau de GdS e GdB, caso tenham sido avaliados.

9. Deutsche Rentenversicherung Bund. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. aktualisierte Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2003, 2011.

b) Exames

Avaliação médica de Estruturas e Funções do Corpo e Atividades. Como proceder com esta avaliação fica a critério do perito. O uso de instrumentos de avaliação funcional (“functional capacity evaluation – FCE”) é possível, mas não mandatório. Uma avaliação padronizada de limitação de Atividades, não é obrigatória, mas vista como complementar. Exames clínicos e o diagnóstico técnico são mandatórios.

c) Diagnóstico

Um diagnóstico deverá ser feito usando o respectivo código da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) – versão alemã modificada (ICD-GM).

d) Síntese

Uma síntese das doenças e problemas clínicos associados à luz da anamnese deverá ser preparada e servirá de base para a avaliação sócio-médica da capacidade laboral.

e) Avaliação sócio-médica de capacidade

Nesta parte do laudo, o perito deverá descrever em detalhe a capacidade qualitativa individual, integrando aspectos negativos e positivos, e dar seu parecer em relação à correspondente capacidade quantitativa individual usando os limites mencionados previamente: capacidade de trabalho de 6 horas ou mais, de 3 a menos de 6 horas ou de menos de 3 horas. O parecer deverá levar em conta Fatores Ambientais, por

exemplo, condições de trabalho, e poderá levar em conta GdS ou GdB, caso avaliados. O início temporal da perda da capacidade deverá ser determinado, assim como a duração prevista do comprometimento da capacidade.

A objetividade da avaliação sócio-médica como utilizada atualmente pela DRV é frequentemente criticada por segurados e representantes de pessoas com deficiência, principalmente por conta da insuficiente padronização e uniformização do processo, frequentemente associada a baixos níveis de confiabilidade do parecer do perito. Um estudo exemplar de 2007¹⁰ requisitou de 22 peritos médicos com especialização em psiquiatria a avaliação sócio-médica de um pedido de pensão por redução da capacidade laborativa feito por um segurado hipotético com depressão recorrente moderada. No parecer final, oito médicos sugeriram o indeferimento do pedido, quatro defeririam a pensão por redução total da capacidade laborativa, e dez defeririam a pensão por redução parcial da capacidade laborativa.

Em resposta às críticas recorrentes o DRV cria em 2002 uma comissão chamada SOMEKO (Comissão para o Desenvolvimento da Medicina Social no Sistema Público de Pensões). Esta comissão tem como objetivos:

- O estabelecimento de um procedimento padronizado para o desenvolvimento de diretrizes, específicas para diversas condições

10. Dickmann JR, Broocks A. [Psychiatric expert opinion in case of early retirement--how reliable?]. Fortschr Neurol Psychiatr. 2007 Jul;75(7):397-401. Epub 2006 Oct 10. German. PubMed PMID: 17031778.

de saúde, para a avaliação médico-social utilizada para pedidos de reabilitação e benefícios previdenciários;

- O desenvolvimento de uma abordagem multimodal para a garantia de um controle de qualidade sistemático da avaliação sócio-médica;
- A criação de um glossário sócio-médico;
- A elaboração de um instrumento, facultativo, de autoavaliação para os pedidos de pensão por deficiência.

Além das atividades desta comissão, o DRV passa a oferecer treinamentos padronizados a nível nacional a peritos, e estabelece programas de garantia de qualidade internos.

Até o presente momento o DRV desenvolveu as seguintes diretrizes:

- Doenças dermatológicas
- Doenças respiratórias
- Doenças gastrointestinais e metabólicas, incluindo a obesidade
- Doenças cardiovasculares
- Doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo
- Neoplasias
- Doenças neurológicas
- Transtornos mentais e comportamentais, incluindo dependência química.

Em algumas destas diretrizes, por exemplo a de doenças neurológicas, o uso de instrumentos de avaliação funcional específicos (por exemplo, o Índice de Barthel) é recomendado, enquanto em outras não. O uso de instrumentos padronizados recomendados nas diretrizes, assim como as próprias diretrizes, continua sendo de caráter facultativo.

Qual o papel da CIF na avaliação médico-social? Como citado previamente, o diagnóstico de doenças com a CID-10 não é determinante do parecer do perito, mas sim a redução da capacidade laboral devido às consequências de doenças, levando-se em conta fatores contextuais (anamnese), o que se aproxima da definição de funcionalidade na CIF. Do ponto de vista do DRV, a CIF é considerada útil, principalmente, para descrever uma análise transversal (“momentânea”) da funcionalidade do indivíduo. Entretanto, o DRV argumenta que nas avaliações médico-sociais, análises longitudinais, em particular para a previsão da duração da redução da capacidade laboral assim como para a indicação da intervenção, no caso reabilitação, são essenciais. A CIF propõe que Fatores Ambientais devem ser considerados de maneira abrangente. Entretanto, na percepção do DRV, a avaliação médico-social deve considerar apenas os fatores que, em princípio, têm uma estreita ligação com o problema de saúde que leva à limitação da capacidade laboral, como por exemplo turnos ou jornadas de trabalho irregulares, atividades com importante estresse físico ou mental, e atividade de alta responsabilidade. Neste sentido, o uso da CIF se restringe à padronização dos termos usados no laudo para descrever os aspectos funcionais da saúde, e fica a cargo do perito, se a CIF será ou não utilizada. Estudos do próprio DRV ressaltando

vantagens de um uso mais amplo e padronizado da CIF não mudaram esta posição¹¹.

B. MODELO DE AVALIAÇÃO E GRADUÇÃO BRASILEIRO

CERTIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Uma certificação de deficiência brasileira comparável à alemã descrita neste relatório não é de conhecimento da autora deste relatório.

BENEFÍCIOS E SERVIÇOS CONTRIBUTIVOS

A avaliação médico e funcional da deficiência para concessão de aposentadoria por tempo de contribuição ou por idade para pessoas com deficiência é feita por peritos médicos e assistentes sociais do INSS, utilizando o conceito de funcionalidade da CIF e como instrumento padronizado o IF-Br¹². Este instrumento sofreu adaptações para aplicação à aposentadoria da pessoa com deficiência, recebendo a denominação de IF-BrA pela Portaria Interministerial SDH/MPS/MF/MOG/AGU Nº 1, DE 27 DE JANEIRO DE 2014.

11. Kirschneck M, Legner R, Ambrust W, Nowak D, Cieza A. [Can ICF core sets be helpful in preparing a social-medical expert report due to incapacity to work?—a first proposal]. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2015 Apr;54(2):92-101. doi: 10.1055/s-0035-1545359. Epub 2015 Apr 13. German. PubMed PMID: 25866885.

12. Franzi, Ana Cristina ; Xerez, Denise Rodrigues ; Blanco, Maurício ; Amaral, Tatiana ; Costa, Antonio José ; Khan, Patricia ; Maia, Shirley Rodrigues ; Magalhães, Carolina ; Maior, Izabel Loureiro ; Pelosi, Miryan Bonadiu ; Santos, Normélia Quinto Dos ; Thedim, Manuel ; Vilela, Lailah Vasconcelos De Oliveira; Riberto, Marcelo. 2013. Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br. *Acta Fisiatrica (USP)*, v. 20, p. 164-170.

O IF-BrA é preenchido independentemente pelo médico e pelo assistente social. O IF-BrA e os sistemas de pontuação são descritos detalhadamente na quarta parte deste relatório.

As seguintes regras¹³ são aplicadas para a classificação da deficiência. A pontuação total mínima é de 2.050: 25 (pontuação mínima por atividade) multiplicado por 41 Atividades multiplicado por 2 avaliadores (perito médico e assistente social). A pontuação total máxima é de 8.200: 100 (pontuação mínima por atividade) multiplicado por 41 Atividades multiplicado por 2 avaliadores (perito médico e assistente social).

Dada esta pontuação final, o critério para a classificação dos graus da deficiência (Grave, Moderada e Leve) como previstos pela Lei Complementar nº 142, de 08 de maio de 2013, são:

≤ 5.739	≥ 5.740 e ≤ 6.354	≥ 6.355 e ≤ 7.584
DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA LEVE

Pontuações iguais ou acima de 7.585 são consideradas insuficientes para concessão do benefício.

Além do grau da deficiência, a avaliação haverá de fixar a **data provável do início da deficiência**, assim como registrar variações no grau de deficiência ao longo do tempo, e indicar a duração de respectivos períodos em cada grau.

13. PORTARIA INTERMINISTERIAL AGU/MPS/MF/SEDH/MP Nº 1 DE 27.01.2014; <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portaria-Inter-agu-mps-mf-sedh-mp-1-2014.htm>

BENEFÍCIOS E SERVIÇOS NÃO CONTRIBUTIVOS

O BPC, como já mencionado, tem caráter assistencial. Apesar de não ser vinculado à relação de trabalho, a avaliação do grau da deficiência e de impedimento é de responsabilidade do INSS. O atual modelo de avaliação (Decreto nº 6.214 de 2007) é baseado na CIF e a avaliação social e médica é realizada por assistentes sociais e médicos peritos do quadro de servidores do INSS.

Em consonância com a CIF, a avaliação tem como foco Fatores Ambientais, Atividades e Participação, e Funções e Estruturas do Corpo. Assistentes sociais são responsáveis por avaliar Fatores Ambientais, enquanto o perito médico avalia Funções e Estruturas do Corpo. Limitações em Atividades e restrições da participação são avaliadas em relação ao desempenho por ambos; aprendizagem e aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, e mobilidade e cuidado pessoal são avaliadas pelo médico; vida doméstica, relação e interações interpessoais, e áreas principais da vida e vida comunitária, social e cívica pelo assistente social¹⁴.

O instrumento atualmente utilizado na avaliação foi desenvolvido usando a CIF como referência¹⁵

14. <http://samarafreeire.jusbrasil.com.br/artigos/243545163/o-novo-modelo-de-avaliacao-da-pessoa-com-deficiencia-para-a-concessao-do-beneficio-de-prestacao-continuada-bpc-reflexoes-acerca-da-avaliacao-social>

15. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da assistência social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Previdência Social. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Previdência Social, 2007.

e inclui 13 subdomínios de “Funções do Corpo” com 22 itens, nove domínios do componente “Atividades e Participação” com 30 itens, e cinco domínios do componente “Fatores Ambientais” com 19 itens. Os qualificadores utilizados para caracterizar barreiras ambientais, alterações em Funções do Corpo, assim como limitações de Atividades e restrições de Participação são:

Qualificador	Significado	Referência
0	Nenhuma	Ausente ou escassa
1	Leve	Baixa ou pouca
2	Moderada	Média, regular
3	Grave	Elevada, extrema
4	Completa	Total, geral

Qualificadores finais são calculados pelo sistema. O qualificador final de Fatores Ambientais e de Atividades e Participação é a média dos qualificadores atribuídos aos seus domínios, o qualificador final de Funções do Corpo corresponde ao maior qualificador atribuído a qualquer um dos seus domínios. Os qualificadores finais dos três componentes serão transpostos para a “TABELA CONCLUSIVA DE QUALIFICADORES”¹⁶ (Anexo IV da Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015), a qual define o resultado final da avaliação.

É importante ressaltar que segundo a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015 Art. 7º¹⁷, o perito médico deverá, além de avaliar e qualificar os componentes e domínios registrar “a existência de alterações na Estrutura do Corpo que configurem

16. <http://sistemas.fecam.org.br/SUAS/portariasinter/Portaria%20Conjunta%20MDS%20INSS%20n%C2%BA%201,%20maio%20de%202011.PDF>

17. <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Portaria-conjunta-mds-inss-2-2015.htm>

maiores limitações e restrições ao avaliado do que as alterações observadas em Funções do Corpo”. Se a resposta à pergunta “Existem alterações na Estrutura do Corpo que configuram maiores limitações e restrições ao avaliado do que as alterações observadas em Funções do Corpo?” é positiva, o qualificador final de Funções do Corpo será elevado em um nível, e a estrutura afetada deverá ser assinalada pelo médico perito. De acordo com a mesma portaria, o médico perito também é requisitado a “sinalizar se as alterações em Funções e/ou Estruturas do Corpo configuram prognóstico desfavorável”. Se a resposta à pergunta “As alterações observadas em funções e/ou Estruturas do Corpo configuram prognóstico desfavorável?” é afirmativa, o qualificador final de Funções do Corpo será elevado em um nível, mas não de forma cumulativa (se o qualificador já tiver sido elevado, não será modificado). É obrigatório, no entanto, que o prognóstico desfavorável seja justificado e tecnicamente fundamentado, pois implicará no indeferimento do benefício independentemente do resultado da avaliação. O perito finalmente deverá “pronunciar-se sobre a possibilidade das alterações em Funções e/ou Estruturas do Corpo serem resolvidas em menos de 2 (dois) anos, considerando as barreiras apontadas na avaliação social, os aspectos clínicos avaliados, o tempo pregresso já vivenciado com o quadro clínico e as possibilidades de acesso ao tratamento necessário, na perspectiva da participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Se o perito considerar que há possibilidade das alterações serem resolvidas em menos de 2 anos, o pedido será indeferido.

A causa da deficiência (opções: congênita; complicações no parto; doença; dependência química; violência; acidente de trabalho ou doença ocupacional ou relacionada ao trabalho; acidente de trânsito; acidente de outra natureza; ignorada; outra especificada) deverá ser registrada pelo perito médico, assim como o tipo de deficiência, utilizando as opções: Deficiência Visual, Deficiência Auditiva, Deficiência do Aparelho Locomotor, Deficiência Mental, Deficiências Múltiplas, Doença Mental, Doença Crônica ou Não sabe informar.

4. FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA PARA POLÍTICAS SOCIAIS NA ALEMANHA

O treinamento em medicina social é complementar a qualquer especialização médica, e somente oferecido a médicos especialistas. O treinamento inclui 12 meses de treinamento prático (residência) em hospital, clínica ou consultório autorizado (§ 5 Abs. 1 Satz 2). Além da parte prática o treinamento inclui 160 horas de cursos básicos (§ 4 Abs. 8) em medicina social ou reabilitação e 160 horas de cursos avançados (§ 4 Abs. 8) em medicina social. O foco temático do treinamento inclui, entre outros:

- Aquisição de conhecimento e experiência

com o sistema jurídico alemão, incluindo o sistema de seguridade social e suas áreas específicas;

- Aquisição de conhecimento e experiência com a estrutura das agências da seguridade social, tais como o seguro estatutário de saúde, a agência federal de trabalho, o seguro estatutário de acidentes, o seguro estatutário de aposentadoria, a agência de provisão de benefícios a vítimas da guerra, a agência de assistência pública a crianças e adolescente e a agência de assistência social;
- Experiência com diagnósticos de capacidade e desempenho, e critérios de avaliação para grupos de doenças selecionadas;
- Experiência com avaliação de limitações da funcionalidade devido a problemas de saúde, e seu impacto na capacidade de trabalho e no dia a dia;
- Fundamentos e princípios da reabilitação, incluindo a gestão da qualidade, as possibilidades de promoção da saúde e prevenção;
- Conceitos básicos de saúde ocupacional;
- Princípios básicos de epidemiologia, documentação, estatísticas e vigilância da saúde;
- Experiência com a avaliação sócio-médica e produção de relatórios (laudos) para as agências da seguridade social, com foco na capacidade de trabalho, capacidade de inserção no mercado de trabalho, dependência em relação ao autocuidado, necessidade de medicamentos e dispositivos de ajuda.

Adicionalmente, a DRV oferece cursos de aprimoramento a nível nacional. Cursos de treinamento na avaliação descrita neste relatório não são de conhecimento da consultora.

5. ESTATÍSTICAS DE CONCESSÕES DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS NA ALEMANHA, INCLUINDO AQUELES RELACIONADOS COM DEFICIÊNCIA

ADRV concede reabilitação, serviços de participação e inclusão no trabalho assim como benefícios previdenciários a pessoas com deficiência, ou com risco de deficiência, inseridas no mercado de trabalho, e seguradas pela DRV. Como ressaltado anteriormente, a concessão destes benefícios é baseada na avaliação sócio-médica, e, com exceção da aposentadoria por idade, não na certificação de deficiência pelo GdB. Sendo assim, as estatísticas publicadas pela DRV não utilizam a certificação de deficiência na apresentação dos dados, mas sim grupos diagnósticos. Também é importante ressaltar que a definição de deficiência e a concessão do GdB se baseiam em grupos diagnósticos e impedimentos¹⁸: tanto uma pessoa com episódios graves de enxaqueca (GdB 50) quanto uma pessoa que tenha perdido uma perna (GdB 100), por exemplo, receber GdB

18. Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV)

que as classifica como tendo deficiência grave. Também é importante ressaltar que certificação de deficiência é facultativa, e que nem todas as pessoas que teriam direito a ela, a requerem. As estatísticas divulgadas oficialmente pela DRV são apresentadas a seguir.

REABILITAÇÃO MÉDICA

A Tabela 3 resume o número de pedidos de reabilitação recebidos pela DRV, assim com o número de benefícios deferidos em 2000, 2005, 2010 e 2014¹⁹. Como os benefícios de participação e inclusão no trabalho tem ligação estreita com a reabilitação, alguns números destes serviços serão apresentados também.

19. Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation sowie Rehaanträge und ihre Erledigung

Tabela 3: Número de pedidos de reabilitação e de benefícios de participação e inclusão no trabalho recebidos pela DRV, assim com o número de benefícios deferidos em 2000, 2005, 2010 e 2014.

Ano	Reabilitação médica			Benefícios de participação e inclusão no trabalho		
	Pedidos	Benefícios deferidos	Benefícios deferidos (%)	Pedidos	Benefícios deferidos	Benefícios deferidos (%)
2000	1.039.778	738.284	71,00%	233.658	102.938	44,05%
2005	1.041.521	700.757	67,28%	254.113	158.786	62,49%
2010	1.356.370	853.878	62,95%	304.312	204.934	67,34%
2014	1.400.195	917.104	65,50%	308.643	205.572	66,61%

No relatório do DRV sobre a reabilitação do ano de 2015²⁰, os seguintes fatos são ressaltados. Em 2014 a DRV recebeu mais de 1,7 milhões de requerimentos para reabilitação médica e concedeu 1.014.763 serviços de reabilitação, dentre estas 31.384 (3%) foram concedidas a crianças e adolescentes. Serviços ambulatoriais de reabilitação representam apenas 14% dos serviços concedidos, o que ressalta a importância dos serviços de reabilitação em clínicas com pernoite, geralmente concedidos para grupos específicos de doenças e impedimentos, como resumido na tabela abaixo para 2014²¹. As indicações mais frequentes para reabilitação são doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo (Tabela 4), e a duração média do tratamento estacionário de 22 a 23 dias.

A “reabilitação contínua” (Anschlussrehabilitation,

20. DRV. Reha-Bericht 2015

21. Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2014

AHB) pode ser ambulatorial ou estacionária, é oferecida apenas a determinadas doenças imediatamente após tratamento hospitalar curativo (pelo menos 2 semanas após a alta). Este tipo de reabilitação é sugerida pelo médico responsável no hospital, e o requerimento é, em geral, feito para o segurado pelo serviço social do hospital. Em 2014 337.618 AHBs foram deferidas, o que representa um terço de todas os serviços de reabilitação deferidos. A DRV também oferece um tipo de “reabilitação pós- reabilitação” (Reha-Nachsorge) com a intenção de manter e prolongar o efeito da reabilitação quando o segurado termina o tratamento. Em 2014, foram concedidos 189.496 destes serviços.

Em 2014, 55.536 segurados receberam além da reabilitação serviços de participação e inclusão para facilitar a reintegração no trabalho.

Dois anos após receber reabilitação médica 85 % dos segurados continuam trabalhando.

Tabela 4: Indicações mais frequentes para reabilitação.

Grupo diagnóstico (CID 10)	Homens		Mulheres	
	Reabilitação médica estacionária concedidas	Em %	Reabilitação médica estacionária concedidas	Em %
Doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo	128.361	30,7	139.460	33,0
Doenças cardiovasculares	58.237	13,9	21.380	5,1
Doenças gastrointestinais e metabólicas	17.632	4,2	11.672	2,8
Doenças respiratórias	10.708	2,6	10.605	2,5
Neoplasias	62.981	15,1	83.540	19,7
Transtornos psiquiátricos	81.435	19,5	95.893	22,7
Dentre estes dependência química	29.970	7,2	8.926	2,1
Doenças do sistema nervoso	9.316	2,2	10.037	2,4
Outras doenças (sem primeiro diagnóstico estabelecido)	48.914	11,7	50.468	11,9
Total	417.584	100	423.055	100

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

Desde meados dos anos 2000 em média cerca de 350.000 pedidos são feitos anualmente para o benefício previdenciário da pensão EM na Alemanha, sendo a taxa de rejeição relativamente constante desde o início da década de 2000: em torno de 42%²². A Tabela 5 resume entre 2000 e 2014 o número de pedidos avaliados, assim como o número de benefícios concedidos e indeferidos²³.

Tabela 5: Número de pedidos avaliados, deferidos e indeferidos em 2000, 2010, 2013 e 2014.

Ano	Pedidos avaliados	Benefícios deferidos	Benefícios deferidos (%)	Benefícios indeferidos	Benefícios indeferidos (%)	Outras decisões	Outras decisões (%)
2000	430.035	217.132	50,49%	175.963	40,92%	36.940	8,59%
2010	361.963	189.960	52,48%	155.644	43,00%	16.359	4,52%
2013	357.037	189.795	53,16%	151.288	42,37%	15.954	4,47%
2014	343.721	183.266	53,32%	144.783	42,12%	15.672	4,56%

22. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf, Stand Mai 2014. Berlin

23. Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2015.

Em 2014, a DRV reporta que 1.345.906 segurados recebem atualmente pensões EM, sendo apenas 77.271 pensões EM parciais. Um total de 1.523.658 pessoas com deficiência grave (GdB 50) recebem em 2014 pensão por idade para pessoas com deficiência.

As concessões de pensão EM tiveram, entretanto, entre 1995 e 2006, uma redução de aproximadamente 46% (de 294.000 para pouco mais de 158.000), apesar da taxa de rejeição se manter estável. Além da influência de fatores demográficos e avanços na medicina, do sucesso de serviços de reabilitação e de participação e inclusão na sociedade, e de uma crescente integração das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, há duas reformas políticas que influenciaram significativamente esta redução²⁴.

Em 1996 o SGB IV, que regulamenta o DRV, foi modificado sendo introduzido o **limite de renda complementar**²⁵ para pessoas que recebem a aposentadoria EM. A modificação do SGB IV introduz a redução progressiva da pensão de acordo com a renda complementar do segurado, podendo a pensão ser completamente cancelada se a renda completa passar do limite previsto (7.731 casos em 2011, por exemplo). Antes desta lei era possível que segurados tivessem como resultado da pensão EM e rendas complementares,

24. Kaldybajewa, Kalamkas und Kruse, Edgar (2012). Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung: Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen; RV aktuell Jg. 59, Nr. 8, S. 206-216.

25. Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 15.12.1995, BGBl. I S.1824.

uma renda mensal maior do que a recebida antes da concessão da pensão EM. A chamada “regulamentação 58” (58er Regelung), uma regulamentação especial do seguro desemprego (§ 428 SGB III) previa que pessoas desempregadas acima de 58 anos recebendo o benefício do seguro desemprego, poderiam declarar por escrito não estar mais disponíveis para recolocação no mercado de trabalho, e continuar recebendo o benefício. Com a “Lei de Promoção do Emprego” de 1994, a “regulamentação 58” foi estendida por mais 5 anos. Assim, o requerimento de pensão EM, e a correspondente e muitas vezes ansiada saída completa do mercado de trabalho, se torna menos atraente para este grupo. Adicionalmente, a possibilidade de pessoas acima de 55 anos trabalharem meio período como uma forma de transição para a aposentadoria por idade, introduzida em 1.8.1996, assim como a pensão por idade para pessoas com deficiências, se tornam alternativas atraentes para segurados por não exigirem exames médicos e a avaliação médico-social, e por se aproximarem da pensão por idade, com menos descontos que as pensões EM. Em 01.01.2001, a reforma “EM-ReformG” entra em vigor, e com ela os critérios de elegibilidade se tornam mais restritivos e menos atraentes. A partir da EM-ReformG somente segurados com comprometimento grave da capacidade de trabalho tem chances de concessão da pensão²⁶.

26. Kaldybajewa, Kalamkas und Edgar Kruse (2012): Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik – Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen. RV Aktuell, 8, 206–216.

Em 2014, a média do benefício de pensão por idade para pessoas com deficiência é 949€/mês, enquanto a média do benefício da pensão EM total é 742€/mês, e parcial 443€/mês^{27,28}. A Tabela 6 mostra os valores recebidos por homens e mulheres que recebem o benefício previdenciário nas regiões oeste e leste²⁹ da Alemanha³⁰.

Tabela 6: Valores recebidos por homens e mulheres que recebem o benefício previdenciário nas regiões oeste e leste da Alemanha.

Ano	Total (€)	Região Oeste		Região Leste	
		Homens Benefício (€)	Mulheres Benefício (€)	Homens Benefício (€)	Mulheres Benefício (€)
2000	706	780	602	687	666
2010	600	639	562	574	607
2013	613	652	576	589	627
2014	628	659	594	603	662

Na última década, pagamentos de pensão EM nominais diminuíram cerca de dez por cento, em média. Possíveis razões são³¹:

- Aumento do número de pensões EM recebidas por mulheres em comparação com homens, sendo que os salários são a referência para o valor da pensão e mulheres recebem, em geral, salários mais baixos;
- Declínio parcial da idade de pedido de aposentadoria;
- Aumento do número de pessoas recebendo seguro-desemprego que solicitam a pensão EM, e tem consequentemente uma base de cálculo mais baixa;
- Aumento do número de pessoas pouco qualificadas com baixos salários que solicitam a pensão EM

27. Valores após desconto da contribuição para o seguro de saúde mandatório e para o seguro de dependência, também obrigatório.

28. DRV, Rentenversicherung in Zahlen 2015, Stand: 12.06.2015

29. Estatísticas alemãs são em geral divulgadas para as regiões oeste e leste separadamente, devidos às diferenças ainda existentes da separação entre a Alemanha Ocidental e Alemanha Oriental vigente até 1990.

30. Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2015.

31. Kaldybajewa, Kalamkas und Edgar Kruse (2012): Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik – Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen. RV Aktuell, 8, 206–216.



TERCEIRA PARTE

MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS EM OUTROS PAÍSES EUROPEUS

6. O MODELO DO CHIPRE

O relatório recentemente publicado pelo Banco Mundial sobre a avaliação da deficiência na população em idade de trabalho inclui um resumo muito atualizado do tema e diferencia três diferentes abordagens encontradas mundialmente na avaliação da deficiência: a abordagem que tem em foco impedimentos, a abordagem que tem foco na redução da funcionalidade, e a abordagem da deficiência, a qual reflete plenamente o modelo da CIF de que deficiência é resultado da interação entre uma condição de saúde e Fatores Ambientais diversos ³². Este trabalho ressalta que o atual processo de avaliação do Chipre é um dos mais próximos da abordagem da deficiência, esta sendo a razão pela qual o Chipre será incluído neste relatório. A abordagem aqui descrita tem base no documento preparado pelos colegas em Chipre e incluído no relatório do banco mundial (anexo 3³³). Outros documentos em inglês não foram

32. Jerome Bickenbach, Aleksandra Posarac, Alarcos Cieza, Nenad Kostanjsek. June 18, 2015. Assessing Disability in Working Age Population. A Paradigm Shift: from Impairment and Functional Limitation to the Disability Approach. Report No: ACS14124.

33. Annex 3: Case Example: Applying the ICF to Disability

encontrados e apesar dos autores terem sido contatados diretamente, a tradução do material utilizado não foi disponibilizada até o presente momento.

A equipe helênica da CIF no Chipre foi estabelecida em 2004, sendo um de seus objetivos a reforma do sistema de avaliação da deficiência. Na situação inicial do Chipre resultados quantitativos com base no sistema de percentagem ou exclusivamente em critérios médicos eram predominantes (abordagem com foco em impedimentos) na avaliação da deficiência. A avaliação era caracterizada pela ausência de avaliações clínicas e funcionais, protocolos de avaliação, instrumentos de avaliação e de infraestrutura apropriada. O contato com segurados era de curta duração, a falta de objetividade no processo um problema grave e facilitador de fraudes.

A reforma do sistema de avaliação da deficiência foi planejada em 2007 e passou a entrar em vigor em 2009. A reforma foi financiada pelo Fundo Social Europeu e gerida pela Equipe da CIF, sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho, da Previdência e da Segurança Social. Em 2013, o Centro de Avaliação da Deficiência começou a funcionar no Departamento de Inclusão Social de

Assessment: A Practical Case Study Based on the Experience of Greece and Cyprus; Stathis Triantafyllou, Psychologist, Coordinator of the ICF Hellenic Team, Advisor to the Ministry of Labor, Welfare and Insurance, Cyprus Republic and External Collaborator of WHO. ICF Hellenic Team: Venos Mavreas, Psychiatrist; Marianna Papadopoulou, Neurologist; Yannis Michopoulos, Psychiatrist; Kostas Francis, Child psychiatrist; Artemis Drosou, Physiotherapist; Andreas Karystinos, Psychologist; Sophia Koukouvinou, Psychologist; George Filippou, Occupational Therapist. In Collaboration with the Department for Social Inclusion of Persons with disabilities in Cyprus: Christina Flourentzou, Director and Maria Ioannou, Psychologist.

Pessoas com Deficiência. Este centro inclui uma rede de médicos e profissionais de reabilitação autônomos treinados no uso da CIF e recebe segurados com deficiência encaminhados por diferentes serviços do Ministério, onde eles solicitaram benefícios e serviços sociais.

No Centro de Avaliação da Deficiência os segurados podem optar pela avaliação somente de impedimentos ou por uma avaliação mais abrangente de nível de funcionalidade e deficiência. A avaliação do estado de saúde e impedimentos é realizada por uma equipe médica com especialidade no tipo de impedimento com o objetivo de identificar, descrever e certificar a existência, tipo e grau do impedimento. A avaliação também leva em conta critérios objetivos como tempo de contribuição. Todos os segurados passam por esta primeira avaliação. A avaliação da funcionalidade e deficiência, opcional, é feita no Centro de Avaliação da Deficiência, acontece imediatamente após a avaliação dos impedimentos, e é realizada por dois ou três profissionais de reabilitação (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou psicólogo), dependendo do tipo de impedimento. O objetivo desta avaliação é identificar, descrever e certificar as restrições na vida cotidiana e possíveis intervenções (tratamentos, treinamentos e serviços). O relatório de avaliação completa é disponibilizado aos segurados, e os que tem a deficiência comprovada recebem um cartão de certificação da deficiência que os habilita a receber benefícios sociais e serviços.

O processo de avaliação da deficiência tem três etapas: a) Preparação da Avaliação do Caso; b)

Avaliação Médica e Funcional; c) Conclusão do Processo de Avaliação. Estas três etapas serão descritas detalhadamente a seguir.

A. PREPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO CASO

O pedido de avaliação é recebido e cada caso recebe um número único ou um código do Registro Nacional, e é repassado para o diretor do centro de avaliação de deficiência. O diretor delega o caso para um assistente social específico que gerenciará o caso. O assistente social entra então em contato com o indivíduo e solicita documentação de exames e avaliações passadas de médicos, terapeutas ou hospitais. O assistente social analisa o caso e sugere para o diretor um médico e um terapeuta de reabilitação para a avaliação. O diretor volta a analisar o caso, agora com o parecer do assistente social, e de acordo com a condição de saúde, designa um médico e um terapeuta de reabilitação que agirão como “advogados” do segurado, e uma reunião é marcada para a decisão final sobre os médicos e terapeutas de reabilitação que ficaram responsáveis pela avaliação.

B. AVALIAÇÃO MÉDICA E FUNCIONAL

Os médicos do caso fazem o exame clínico. O médico “advogado” é responsável por identificar, descrever e certificar a existência, tipo e grau do impedimento. Depois, em consenso com os outros dois médicos, preenche o protocolo de avaliação. O assistente social encaminha o caso para sala de avaliação e reabilitação onde o terapeuta “advogado” e os outros terapeutas reveem o caso,

o perfil de acordo com a CIF e os resultados dos médicos. A avaliação da funcionalidade é feita pelos terapeutas de reabilitação com protocolos baseados na CIF. O terapeuta “advogado”, em consenso com os outros dois terapeutas, preenche o protocolo final. Uma cópia do relatório é dada ao indivíduo que tem 30 dias úteis para apresentar objeção.

C. CONCLUSÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O caso concluído é encaminhado para a Estrutura de Coordenação Institucional onde uma comissão inspeciona o caso, o processo de avaliação e os resultados. Esta comissão determina, então, o nível de deficiência do indivíduo e o valor do benefício que será concedido. O indivíduo é informado da decisão final e tem um prazo suficiente para apelar.

USO DA CIF NA AVALIAÇÃO

A CIF é utilizada nas avaliações clínicas e funcionais em **protocolos padronizados** e que fazem uso de pontuação utilizando os qualificadores da CIF. Os protocolos da CIF são divididos em quatro seções:

- Estruturas do Corpo;
- Funções corporais;
- Atividade e Participação com foco em restrições de participação em atividades diárias, escola, trabalho e vida em geral;
- Fatores ambientais

Estes protocolos padronizados são usados para descrever o conjunto de categorias relevantes para determinado tipo de impedimento, e desenvolvidos

com base no tipo de impedimento e não do tipo de doença, a fim de manter distância da avaliação médica usada anteriormente. A definição do tipo de impedimento baseou-se nos grupos habituais de pessoas requerem benefícios sociais, e inclui impedimentos físicos, mentais, visuais, auditivos e psiquiátricos.

DETERMINAÇÃO DO GRAU DE DEFICIÊNCIA

As pontuações dos qualificadores para as Estruturas e Funções do Corpo são combinadas em um único qualificador final para a condição médica. As pontuações dos qualificadores para Atividades e participações, assim como para Fatores Ambientais são combinadas em um único qualificador final para a restrição funcional do trabalho. Estes qualificadores compostos são pré-requisito para definir o chamado Qualificador Dominante, que sumariza a pontuação total de todos os componentes do protocolo e corresponde assim à avaliação final. A decisão sobre o Qualificador Dominante é feita pelo comitê envolvido na avaliação, pois requer conhecimento abrangente do caso e é definido com base nos perfis clínico e funcional.

A estrutura de coordenação institucional assinala usando o Qualificador Dominante (QD) o grau de deficiência, de acordo com a Tabela 7.

Tabela 7: Qualificador Dominante (QD), grau de deficiência e definição correspondente.

ICF QD	DEFICIÊNCIA	GRAU	DEFINIÇÃO
1	Leve		Não definido.
2	Moderada	III	Corresponde à perda de, pelo menos, metade da capacidade de trabalho, mas mantendo ainda possibilidade parcial de trabalhar.
3	Severa	II	Corresponde à perda total da capacidade de trabalho, mas capacidade de autocuidado está preservada.
4	Completa	I	Corresponde à perda total da capacidade de trabalho e de autocuidado.

QUARTA PARTE

O ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO À LUZ DA PESQUISA MODELO DE DEFICIÊNCIA PROPOSTA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E PELO BANCO MUNDIAL

7. OBJETIVOS, CONTEÚDO E ESTRUTURA - IF-BRA & MDS

Um dos objetivos principais do presente relatório seria proporcionar a comparação entre os instrumentos utilizados na Alemanha e no Brasil para a avaliação da deficiência. Dada a inexistência de um instrumento padronizado alemão, o instrumento recomendado no momento pela OMS para coleta de dados sobre deficiência, o Model Disability Survey (MDS)³⁴, será comparado ao instrumento brasileiro, o IF-Br. O MDS operacionaliza, assim como o IF-Br, o modelo biopsicosocial da CIF, sendo esta a justificativa da presente comparação.

É importante ressaltar porém, que o MDS é utilizado para coleta de dados epidemiológicos e não para avaliação de deficiência para concessão de benefícios. Até o presente momento, a OMS não tem recomendações específicas de como tal instrumento deveria ser construído.

34. <http://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>

MODEL DISABILITY SURVEY - MDS

A Convenção (Artigo 31) estabelece que seus signatários devem coletar informações estatísticas com o objetivo de identificar barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiências, buscando formular e implementar políticas públicas que contribuam para o cumprimento das obrigações assumidas. O Relatório Mundial sobre a Deficiência³⁵ publicado pela OMS e Banco Mundial em 2011, deixa claro, no entanto, que as informações estatísticas disponíveis mundialmente sobre a deficiência têm um nível de padronização muito baixo, levando a extremas e preocupantes diferenças entre as taxas de deficiência dos Estados Membros. Neste relatório, ênfase é dada portanto à recomendação de que Estados Membros melhorem a qualidade de dados sobre deficiência e barreiras que pessoas com deficiência encontram no dia a dia. Esta recomendação é reforçada no Plano de Ação Global sobre a Deficiência³⁶, recentemente endossado na 67ª Assembleia Mundial da Saúde (A67, 2014) e que, como um dos três objetivos principais, exige que Estados Membros estabeleçam e fortaleçam os sistemas de monitoramento e avaliação dos temas relacionados à deficiência, incluindo informações a respeito das necessidades, custos, barreiras e qualidade de vida das pessoas com deficiência. No entanto, não existe no momento um instrumento padronizado para coleta de dados sobre deficiência que forneça uma documentação abrangente e sistemática de todos os aspectos necessários para o monitoramento da Convenção.

35. WHO. World report on disability. 2011. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

36. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199544/1/9789241509619_eng.pdf?ua=1

O MDS é um projeto da OMS e do Banco Mundial iniciado no final de 2011 com o intuito de preencher este hiato e desenvolver um instrumento padronizado para coleta de dados sobre deficiência que tenha base no modelo de deficiência e funcionalidade proposto na CIF e que torne possível o monitoramento da Convenção em toda sua complexidade. O MDS fornece informação detalhada e diferenciada sobre a vida das pessoas com deficiência, permitindo, como requisitado na Convenção, a comparação direta entre grupos com diferentes níveis e perfis de deficiência, e pessoas sem deficiência. O MDS, fundamentado na CIF, representa uma evolução no conceito de medição de deficiência. Ele operacionaliza, de fato, deficiência como um resultado da interação entre uma pessoa com uma condição de saúde e vários fatores pessoais e ambientais. Isto possibilita um entendimento holístico das experiências vividas por pessoas com deficiência e fornece uma melhor aproximação do real tamanho da população com deficiência. No MDS, deficiência é compreendida como um continuum que vai desde nenhum ou baixos níveis de deficiência até extrema deficiência e todos os seres humanos, sem exceção, estão nesse continuum. Um inquérito nacional que utilize o MDS requererá, portanto, uma amostra representativa da população geral, e não selecionará pessoas com deficiência a priori. O MDS também assume, usando como base a CIF, que a posição de cada pessoa nesse continuum vai depender do nível de saúde e de Fatores Ambientais.

As premissas do MDS e a operacionalização utilizada na construção do instrumento são especificadas na Tabela 8.

O questionário do MDS tem duas divisões, uma delas com perguntas relativas ao domicílio e outra com perguntas sobre o sujeito. Sobre o domicílio, são parte do questionário as seguintes seções: folha de rosto, informações da amostra, registro de contato, registro familiar, presença de crianças e observações do entrevistador. A outra parte aborda questões relativas ao sujeito a ser entrevistado, com as seguintes seções: informações do contato, elegibilidade, características sócio-demográficas (módulo 1000), histórico de trabalho e benefícios (módulo 2000), Fatores Ambientais genéricos (módulo 3000A), funcionalidade (módulo 4000), condições de saúde e capacidade (módulo 5000), dispositivos de ajuda e modificações (módulo 3000B), utilização de serviços de saúde (módulo 6000), bem-estar (módulo 7000), empoderamento (módulo 8000) e avaliação do entrevistador. A recente tradução do MDS para o português do Brasil se encontra no anexo 1.



Tabela 8: Premissas do MDS e a operacionalização utilizada na construção do instrumento.

PREMISSA	OPERACIONALIZAÇÃO
Deficiência não é um atributo da pessoa, mas o resultado da interação entre uma pessoa com uma condição de saúde e os fatores contextuais.	Para descrever deficiência, o instrumento deverá coletar dados detalhados sobre: <ul style="list-style-type: none"> - condição e estado de saúde; - funcionalidade como resultado da interação; - fatores contextuais.
Deficiência é um continuum que vai desde baixos níveis de deficiência até extrema deficiência e, todas as pessoas com problemas de saúde, sem exceção, estão neste continuum. A experiência de deficiência é diversificada.	O instrumento deverá coletar dados usando uma amostra representativa da população; O uso de filtros para selecionar uma amostra a priori não se aplica ao MDS; Um dos membros do domicílio será escolhido ao acaso para o questionário individual; Métodos estatísticos apropriados serão aplicados para que a escala métrica de deficiência seja construída; Pontos de corte para definição de pessoas com deficiência grave, moderada e leve deverão ser definidos e aplicados.
A mensuração de deficiência deve considerar barreiras sociais e ambientais que tenham um forte impacto na participação e inclusão da pessoa com deficiência.	A operacionalização de Fatores Ambientais não poderá se restringir a dispositivos de ajuda, e deverá refletir os Fatores Ambientais considerados na CIF.
Questões que focam nas experiências vividas pelo respondente e no seu ambiente real renderão um melhor entendimento de como a deficiência afeta a vida diária das pessoas e o que pode ser feito para melhorá-la.	O instrumento deverá incluir questões sobre desempenho, ou seja, sobre os problemas com a funcionalidade no dia a dia considerando o impacto de diversos Fatores Ambientais.
Relevância transnacional e padronização do questionário são essenciais. A possibilidade de incluir partes centrais do MDS em outros inquéritos é essencial.	O instrumento deverá ter formato modular permitindo que seja usado como pesquisa independente ou que seja incorporado em outras pesquisas nacionais.

A deficiência é compreendida pelo MDS como um fenômeno universal caracterizado por um continuum que abrange baixos a altos graus de deficiência, justificando a aplicação de escalas métricas de aferição. De acordo com as recomendações do Relatório Mundial sobre a Deficiência (2), as questões de capacidade (seção 5000, questões I5002-I5019) e de desempenho (seção 4000: questões I4001-I4048) são usadas para construir duas escalas correspondentes com propriedades métricas, uma de capacidade, e uma de deficiência (desempenho). Para construir estas escalas o Partial Credit Model, também chamado de Modelo Politômico de Rasch, é utilizado. É um modelo unidimensional da teoria item-resposta adequado para itens ordinais e politômicos. Pessoas e itens podem ser situados na mesma escala. Para as pessoas, a alocação é denominada “habilidades pessoais” e para os itens, “dificuldade dos itens”. Níveis estimados de capacidade e desempenho das pessoas são transformados linearmente em escalas que variam de 0 (menor nível de deficiência) a 100 (maior nível de deficiência).

Em um primeiro passo, a escala métrica de capacidade que varia de 0 (nenhuma dificuldade) a 100 (completa dificuldade) é construída e pontos de corte são usados para identificar grupos de risco em relação à deficiência, por conta de dificuldades na capacidade. O método de estimativa do ponto de corte para dificuldades graves é muito próximo do que é recomendado pela OMS no Relatório Mundial da Deficiência: o escore médio de pessoas que responderem ter extremas dificuldades em pelo menos uma das perguntas de capacidade (modulo 5000), ou seja pontuação 4 ou 5, assim

como o escore médio de pessoas com quatro condições de saúde frequentemente associadas a deficiência são estimados. As médias deste dois escores será o ponto de corte na escala, e pessoas com escores acima deste ponto serão classificadas como tendo dificuldades graves. Pontos de corte para a classificação de pessoas com dificuldades moderadas ou leves são determinados a partir da distribuição da escala. Pessoas sem deficiência são aquelas sem condições de saúde e sem dificuldades em qualquer domínio da capacidade (seção 5000).

Num segundo passo, a escala métrica de deficiência (desempenho) que varia de 0 (nenhum problema) a 100 (problema completo) é construída e pontos de corte são usados para identificar grupos de com deficiência grave, moderada e leve. O escore médio do grupo com dificuldades graves em capacidade é utilizado como ponto de corte para deficiência grave. Pontos de corte para a classificação de pessoas com deficiência moderada ou leve são determinados a partir da distribuição da escala.

Estudos piloto do MDS foram completados até o momento nos seguintes países: Camboja, Maláui, Paquistão, Chile, Camarões e Omã. As primeiras implementações do MDS como pesquisas nacionais foram feitas em 2015 no Chile e no Sri Lanka. No Brasil o estudo piloto do MDS encontra-se em processo de planejamento, sendo uma iniciativa do Ministério da Saúde (Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (Unidade Técnica de Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas Não

Transmissíveis e Saúde Mental), em colaboração com a OMS e diversos pesquisadores brasileiros. O piloto deverá ser realizado em 2016 com o intuito de selecionar módulos e questões que serão incorporadas na próxima Pesquisa Nacional de Saúde, a ser realizada em 2017.

ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO - IF-BR

O IF-Br³⁷ foi desenvolvido por solicitação do governo brasileiro, e viabilizado pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, por conta da necessidade de um modelo único de classificação e valoração da deficiência para uso em todo território nacional para concessão de benefícios previdenciários.

Na primeira fase do desenvolvimento do IF-Br indicadores socioeconômicos de pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram analisados e grupos focais com pessoas com deficiência conduzidos, com o objetivo de ampliar a compreensão de aspectos importantes da funcionalidade para pessoas com deficiência. Na segunda fase o instrumento foi desenvolvido levando em conta os resultados da primeira fase e a opinião de especialistas da área, outros instrumentos ou ICF Core Sets não foram considerados na seleção de domínios e categorias para o IF-Br. Ao final do processo 41 Atividades

37. Franzoi, Ana Cristina ; Xerez, Denise Rodrigues ; Blanco, Maurício ; Amaral, Tatiana ; Costa, Antonio José ; Khan, Patricia ; Maia, Shirley Rodrigues ; Magalhães, Carolina ; Maior, Izabel Loureiro ; Pelosi, Miryan Bonadiu ; Santos, Normélia Quinto Dos ; Thedim, Manuel ; Vilela, Lailah Vasconcelos De Oliveira; Riberto, Marcelo. 2013. Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br. Acta Fisiatrica (USP), v. 20, p. 164-170.

representando sete domínios da funcionalidade foram selecionadas. Fatores ambientais que agem como barreiras são registrados ao lado da atividade quando forem mencionados como o motivo pelo qual uma tarefa não é realizada. Os Fatores Ambientais englobam os cinco capítulos da CIF: Produtos e Tecnologia, Ambiente, Apoio e Relacionamentos, Atitudes, e Serviços Sistemas e Políticas. Perguntas estruturadas em relação aos Fatores Ambientais não são incluídas e facilitadores não são registrados.

A estrutura do instrumento ainda inclui a coleta de dados socioeconômicos usuais, e uma ficha de identificação. Esta última inclui o diagnóstico médico efetuado com a CID, assim como a causa deste diagnóstico e possíveis sequelas, e o tipo de deficiência com cinco opções para o entrevistador assinalar: Auditiva, Intelectual-Cognitiva, Mental, Motora e Visual. Ainda nesta parte, os oito capítulos de Funções do Corpo são listados de acordo com a CIF e o entrevistador deve assinalar todas as funções acometidas.

A pontuação do IF-Br tem como base o modelo de pontuação de dependência da Medida de Independência Funcional (MIF) mas não utiliza os sete níveis de graduação originais, e sim quatro níveis de graduação, com o objetivo de facilitar o uso do instrumento. Os escores utilizados na pontuação são³⁸ descrito na Tabela 9.

38. Manual do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br) - Elaboração de Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros (30 de abril de 2012).

Tabela 9: Escore utilizados na pontuação do Índice de Funcionalidade Brasileiro.

PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO
25	Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de nenhuma etapa da atividade.
50	Realiza a atividade com o auxílio de terceiros. O indivíduo participa de alguma etapa da atividade. Inclui preparo e supervisão.
75	Realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente.
100	Realiza a atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança.

Cada questão é pontuada separadamente, e a pontuação de cada domínio é a média de suas Atividades. A pontuação total do IF-Br é a média dos 7 domínios e varia de 25 (pior) e 100 (melhor) para adultos. Fatores ambientais não são levados em conta na pontuação.

Usando o modelo linguístico fuzzy, três condições foram estabelecidas para identificar grupos de indivíduos com impedimentos auditivos, intelectuais, motores ou visuais, em alto risco de deficiência. Estas condições são: 1) Determinação de domínios que terão mais peso para cada tipo de impedimento; 2) Definição de questões emblemáticas para cada tipo de impedimento; e 3) Disponibilidade de auxílio de terceiros quando necessário. As condições do modelo linguístico Fuzzy são descritas na Tabela 10.

Tabela 10: Condições do modelo linguístico Fuzzy.

DEFICIÊNCIA	AUDITIVA	INTELLECTUAL –COGNITIVA OU MENTAL	MOTORA	VISUAL
Domínios	Comunicação Socialização	Vida Doméstica Socialização	Mobilidade Cuidados Pessoais	Mobilidade Vida Doméstica
Questão Emblemática	A surdez ocorreu antes dos 6 anos	Não pode ficar sozinho em segurança	Desloca-se exclusivamente em cadeira de rodas	A pessoa já não enxerga ao nascer

Na adaptação denominada IF_BrA, a pontuação final será o resultado das pontuações de cada domínio aplicada pelo perito médico e pelo serviço social, levando em conta o modelo Fuzzy: se questão emblemática for positiva, a menor nota de atividade do domínio sensível será automaticamente atribuída a todas as Atividades do domínio pelo avaliador, corrigindo, desta maneira, a pontuação final.

O IF-Br pode ser utilizado para adultos e crianças. A descrição aqui apresentada se restringe a adultos pois o intuito é comparar o instrumento ao MDS, que tem como grupo alvo somente adultos. O IF-Br conta com um site próprio onde manual e questionários podem ser baixados (<http://if-br.org.br/sobre/>).

ESTUDO COMPARATIVO DO MDS E IF-BR

O MDS e o IF-Br têm ambos como base teórica a CIF e são aplicados como entrevistas com foco no desempenho do indivíduo levando em conta Fatores Ambientais que possam influenciá-lo. Os dois instrumentos têm, no entanto, escopos muito diferentes. O MDS tem como objetivo coletar dados epidemiológicos sobre deficiência, os quais permitam calcular a prevalência de deficiência grave, moderada ou leve, assim como identificar quais as necessidades destes grupos, quais as barreiras que enfrentam, e qual é seu nível de participação e inclusão na sociedade, sempre em comparação direta com a população geral. Uma vez definida a amostra a ser entrevistada no país ou região, o MDS é aplicado em entrevistas individuais de autoavaliação da funcionalidade

e de Fatores Ambientais, e seus resultados informarão políticas desenhadas para pessoas com deficiência grave, moderada ou leve. A adaptação denominada IF-BA tem como objetivo avaliar a deficiência de segurados que entraram com pedido de benefício, e decidir a partir desta avaliação se o pré-requisito de deficiência grave está preenchido ou não. Por conta deste escopo, a avaliação é feita pelo entrevistador e o critério para mensurar a funcionalidade é dependência. A Tabela 11 resume escopo e estrutura dos dois instrumentos.

Apesar das diferenças resultantes do escopo de cada instrumento, ambos têm um objetivo comum: medir deficiência e identificar quem são os indivíduos com deficiência grave, usando a CIF como referência. Sendo assim, é interessante comparar o conteúdo e estrutura da parte de funcionalidade e Fatores Ambientais.

Tabela 11: Comparação geral do MDS e do IF-Br.

	MDS	IF-Br
Nome do instrumento	Model Disability Survey	Índice de Funcionalidade Brasileiro
Iniciadores	Organização Mundial de Saúde Banco Mundial	Ministério do Trabalho e Previdência Social
Escopo	Coleta de dados epidemiológicos sobre deficiência a nível nacional e regional	Avaliação de Deficiência para concessão de benefícios
Tipo de aplicação	Entrevista	Entrevista
Tipo de avaliação	Autoavaliação	Avaliação do entrevistador
Funcionalidade		
Avaliação de capacidade	sim	não ²
Avaliação de desempenho	sim	sim
Escala	Ordinal: 1 (sem problemas) a 5 (problemas extremos)	Ordinal: 25 (dependência completa) a 100 (independência completa)
Perspectiva da escala	Nível de funcionalidade	Nível de dependência
Pontuação	Construção de escalas métricas ³ para capacidade e desempenho; cálculo de escore nestas escalas para cada indivíduo	Pontuação dos domínios é média da pontuação das Atividades; Pontuação total é a média dos domínios
Pesos de diferentes domínios	Levados em conta pelo método usado na construção da escala métrica	Uso do modelo Linguístico Fuzzy; três condições que descrevem o grupo de indivíduos em situações de maior risco funcional para cada tipo de impedimento
Pontos de corte	Definidos	Ainda não definidos

	MDS	IF-Br
Fatores ambientais		
Avaliação de barreiras	sim	parcial ⁴
Avaliação de facilitadores	sim	não
Forma da avaliação	Módulo independente	Avaliado para cada atividade incluída na avaliação da funcionalidade
Tipo de avaliação	Perguntas estruturadas	Perguntas abertas
Abrangência	Todos capítulos EF da CIF	Todos capítulos EF da CIF

O IF-Br inclui apenas um módulo de funcionalidade (desempenho), enquanto o MDS inclui, além do módulo de funcionalidade (desempenho, foco do instrumento), um módulo sobre capacidade que utiliza os mesmos domínios da funcionalidade, mas tem menos perguntas. Os capítulos da CIF incluídos em ambos instrumentos estão listados na Tabela 12.

Tabela 12: Capítulos da CIF incluídos no MDS e no IF-Br.

Capítulo da CIF		MDS	IF-Br ⁵
b1	Funções mentais	∞	
b2	Funções sensoriais e dor	∞	
b5	Funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino		∞
b6	Funções geniturinárias e reprodutivas		∞
d1	Aprendizagem e aplicação de conhecimento	∞	∞
d2	Tarefas e demandas gerais	∞	
d3	Comunicação	∞	∞
d4	Mobilidade	∞	∞
d5	Cuidado pessoal	∞	∞

Capítulo da CIF		MDS	IF-Br ⁵
d6	Vida doméstica	∞	∞
d7	Relações e interações interpessoais	∞	∞
d8	Áreas principais da vida	∞	∞
d9	Vida comunitária, social e cívica	∞	∞
e1	Produtos e tecnologia	∞	∞
e2	Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano	∞	∞
e3	Apoio e relacionamentos	∞	∞
e4	Atitudes	∞	∞
e5	Serviços, sistemas e políticas	∞	∞

Ambos instrumentos cobrem todos os capítulos de Atividades e Participação propostos na CIF assim como Fatores Ambientais. Estruturas do Corpo são excluídas de ambos. Enquanto o MDS inclui funções mentais e sensoriais (b1 e b2) na parte de funcionalidade, o IF-Br pontua funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino (b5) e funções geniturinárias e reprodutivas (b6). As demais Funções do Corpo são listadas de acordo com a CIF na ficha de identificação e o entrevistador deve assinalar todas as funções acometidas, sem que a gravidade do acometimento seja registrada e sem que estas informações sejam levadas em conta na pontuação.

Uma comparação mais específica a nível de categorias incluídas em cada domínio pelos instrumentos é apresentada nas tabelas abaixo. Para tornar a comparação mais abrangente, foram

incluídos nestas tabelas dois *ICF Core Sets*³⁹ e o instrumento “*Disability Assessment Schedule*”, WHODAS⁴⁰, todos utilizados ou recomendados na coleta de dados sobre deficiência. O “*ICF Generic Core Set*”⁴¹ representa uma seleção de ao todo seis domínios da CIF (energia e impulso, emoções, dor, rotina diária, mobilidade, trabalho) e foi proposto com o intuito de promover a comparabilidade de dados entre estudos e países. Ele também representa o primeiro passo no desenvolvimento

39. Seleções padronizadas de categorias da CIF que descrevem os aspectos mais relevantes da funcionalidade para diversas condições de saúde ou situações específicas.

40. World Health Organization, 2010. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) / edited by TB Üstün, N Kostanjsek, S Chatterji, J Rehm. ISBN 978 92 4 154759 8

41. Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Stucki G. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. BMC Public Health. 2014 Mar 3;14:218. doi: 10.1186/1471-2458-14-218. PubMed PMID: 24588794; PubMed Central PMCID: PMC3973890.

de uma métrica comum de saúde para conectar informações da população em geral à informação sobre subpopulações. O “*ICF Rehab Core Set*”⁴² propõe um set genérico incluindo aspectos da funcionalidade relevantes para populações clínicas, incluindo a reabilitação, e poderá ser utilizado para a harmonização de informações existentes sobre a deficiência em amostras populacionais ou clínicas. O WHODAS é um instrumento proposto pela OMS para a mensuração padronizada da deficiência em populações clínicas e em pesquisa, de forma transcultural. Os dois *ICF Core Sets* e WHODAS são relevantes neste relatório por servir de referência para ambos o MDS e IF-Br em termos de categorias relevantes à experiência de deficiência.

Tabela 13: Categorias de Funções do Corpo incluídas no MDS e no IF-Br em comparação com o ICF Generic Set, o ICF Rehab Set e WHODAS.

FUNÇÕES DO CORPO Categoria da CIF		Generic ICF Core Set	Rehab ICF Core Set	WHODAS 2.0	MDS	IF-Br
b130	Funções da energia e do impulso	∞			∞	
b134	Funções do sono		∞		∞	
b140	Funções da atenção			∞	∞	
b144	Funções da memória			∞	∞	
b152	Funções emocionais	∞			∞	
b210	Funções da visão					
b230	Funções auditivas					
b280	Sensação de dor	∞			∞	
b455	Funções de tolerância à exercícios		∞			
b525	Funções de defecação					∞
b620	Funções urinárias		∞			∞
b640	Funções sexuais		∞			

42. Proding B, Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Üstün TB, Chatterji S, Stucki G. Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: A Minimal Generic Set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy. Arch Phys Med Rehabil. 2016 Jan 28. pii: S0003-9993(16)00038-1. doi: 10.1016/j.apmr.2015.12.030. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26827829.

FUNÇÕES DO CORPO Categoria da CIF		Generic ICF Core Set	Rehab ICF Core Set	WHODAS 2.0	MDS	IF-Br
b710	Funções relacionadas à mobilidade das articulações		ü			
b730	Funções relacionadas à força muscular		ü			

Apesar da presença de lesões em todas as Funções do Corpo serem registradas no início do IF-Br, apenas dois domínios sobre funções específicas são incluídos na funcionalidade: regulação da micção (b620) e regulação da defecação (b525) (Tabela 13). A tabela acima mostra que o MDS inclui cinco funções mentais e sensação de dor, o WHODAS duas funções da cognição e o ICF Generic Set, funções da energia, emoções e dor. Apesar de ser compreensível o desafio de se incluir funções mentais e dor em um instrumento que usa dependência como escala, é importante ressaltar que estas funções são aspectos da funcionalidade importantes na experiência de deficiência. Especialmente para pessoas com transtornos psiquiátricos ou condições de saúde neurológicas, a intensidade de problemas em funções mentais é relevante, e provavelmente mudariam o escore final da funcionalidade, caso incluídas. Similarmente, dor é um sintoma frequente de diferentes condições de saúde e tem um impacto significativo na funcionalidade. Estes fatos são corroborados pelo fato de que três dos seis domínios incluídos no ICF Generic Set, considerado a combinação mínima de domínios para descrição da funcionalidade de indivíduos, são funções mentais e dor.

Tabela 14: Categorias de Atividades e Participação incluídas no MDS e no IF-Br em comparação com o ICF Generic Set, o ICF Rehab Set e WHODAS.

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO Categoria da CIF		Generic ICF Core Set	Rehab ICF Core Set	WHODAS 2.0	MDS	IF-Br
d159	Aprendizado básico, outro especificado e não especificado			∞	∞	
d110	Observar					∞
d115	Ouvir					∞
d175	Resolver problemas			∞		
d177	Tomar decisões					
d230	Realizar a rotina diária	∞		∞	∞	

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO Categoria da CIF		Generic ICF Core Set	Rehab ICF Core Set	WHODAS 2.0	MDS	IF-Br
d240	Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas		∞		∞	
d310	Comunicação-recepção de mensagens orais			∞		∞
d329	Comunicação-recepção, outra especificada e não especificada				∞	
d330	Fala					∞
d349	Comunicação-produção, outra especificada e não especificada				∞	
d350	Conversa			∞	∞	∞
d355	Discussão					∞
d360	Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação					∞
d410	Mudar posição básica do corpo		∞	∞	∞	∞
d415	Manter a posição do corpo		∞	∞	∞	∞
d420	Transferir a própria posição		∞			
d430	Levantar e carregar objetos					∞
d440	Uso fino da mão					∞
d449	Carregar, mover e manusear objetos, outro especificado e não especificado					∞
d445	Uso da mão e do braço					∞
d450	Andar	∞		∞	∞	
d455	Deslocar-se	∞			∞	
d460	Deslocar-se por diferentes locais			∞		∞
d465	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento		∞			
d470	Utilização de transporte		∞		∞	∞
d498	Mobilidade, outra especificada				∞	
d510	Lavar-se		∞	∞		∞
d520	Cuidar das partes do corpo		∞		∞	∞

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO Categoria da CIF		Generic ICF Core Set	Rehab ICF Core Set	WHODAS 2.0	MDS	IF-Br
d530	Cuidados relacionados com o processo de excreção		∞		∞	∞
d540	Vestir-se		∞	∞		∞
d550	Comer		∞	∞	∞	∞
d560	Beber					∞
d570	Cuidar da própria saúde		∞		∞	∞
d630	Preparar refeições			∞		∞
d640	Realização das tarefas domésticas		∞	∞	∞	∞
d650	Cuidar dos objetos da casa					∞
d660	Ajudar os outros	∞	∞		∞	∞
d710	Interações interpessoais básicas		∞			∞
d720	Interações interpessoais complexas					∞
d730	Relações com estranhos			∞	∞	∞
d750	Relações sociais informais			∞	∞	
d760	Relações familiares					∞
d770	Relações íntimas		∞	∞	∞	∞
d820	Educação escolar				∞	
d825	Treinamento profissional					∞
d839	Educação, outra especificada e não especificada					∞
d845	Conseguir, manter e sair de um emprego				∞	
d850	Trabalho remunerado	∞		∞	∞	∞
d860	Transações econômicas básicas					∞
d870	Autosuficiência econômica					∞
d898	Áreas principais da vida, outras especificadas					
d910	Vida comunitária				∞	
d920	Recreação e lazer		∞	∞	∞	∞

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO Categoria da CIF		Generic ICF Core Set	Rehab ICF Core Set	WHODAS 2.0	MDS	IF-Br
d930	Religião e espiritualidade				∞	
d940	Direitos humanos			∞		∞
d950	Vida política e cidadania					∞

Em relação aos domínios de Atividades e Participação (Tabela 14), o IF-Br se mostra muito mais completo do que o MDS e os outros instrumentos de referência. A inclusão de uma longa bateria de perguntas traz a vantagem de se poder descrever a funcionalidade de cada indivíduo de maneira precisa. Se o perfil individual tem, no entanto, menos importância do que a pontuação final, uma revisão do instrumento poderia confirmar se todas as categorias usadas no momento são de fato necessárias ou se há possibilidade de descartar algumas categorias sem perda de informação e com ganho de eficiência em relação à duração da entrevista.

Tabela 15: Categorias de Fatores Ambientais incluídas no MDS e no IF-Br em comparação com o ICF Generic Set, o ICF Rehab Set e WHODAS.

FATORES AMBIENTAIS Categoria da CIF		Generic ICF Core Set	Rehab ICF Core Set	WHODAS 2.0	MDS	IF-Br ⁶
e110	Produtos e substâncias para consumo pessoal		∞		∞	
e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária		∞		∞	
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos		∞		∞	
e125	Produtos e tecnologia para comunicação				∞	
e130	Produtos e tecnologia para educação				∞	
e135	Produtos e tecnologia para o trabalho		∞		∞	
e140	Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas				∞	

FATORES AMBIENTAIS Categoria da CIF		Generic ICF Core Set	Rehab ICF Core Set	WHODAS 2.0	MDS	IF-Br ⁶
e150	Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público		∞			
e155	Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso privado		∞		∞	
e165	Bens			∞		
e210	Geografia física				∞	
e225	Clima		∞		∞	
e250	Som				∞	
e310	Família imediata		∞	∞	∞	
e315	Família ampliada				∞	
e320	Amigos		∞		∞	
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade				∞	
e340	Cuidadores e assistentes pessoais				∞	
e355	Profissionais da saúde		∞			
e398	Apoio e relacionamentos, outros				∞	
e410	Atitudes individuais de membros da família imediata				∞	
e460	Atitudes sociais				∞	
e450	Atitudes individuais dos profissionais da saúde		∞			
e498	Atitudes, outras especificadas				∞	
e499	Atitudes, não especificadas				∞	
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde		∞			
e598	Serviços, sistemas e políticas de saúde, outros especificados				∞	

Ao contrário dos outros instrumentos, o IF-Br questiona a influência de Fatores Ambientais para cada item sobre funcionalidade a nível de capítulo da CIF, e somente quando forem mencionados como o motivo pelo qual uma tarefa não é realizada (Tabela 15). Uma clara vantagem deste procedimento é levar em conta a experiência individual de cada segurado. Desvantagens são o baixo nível de padronização, o risco de não se levar em conta uma barreira potencialmente não reconhecida como tal pelo indivíduo, por exemplo atitudes desrespeitosas de profissionais de saúde, e a não consideração de facilitadores, o que contrasta com a preocupação de avaliar não só aspectos negativos, mas também aspectos positivos na parte de funcionalidade. A suposição de que é possível estabelecer uma relação de causalidade entre limitações específicas em uma atividade ou participação, e um ou mais fatores ambientais é ambiciosa. Na verdade, fatores ambientais influenciam vários domínios da funcionalidade ao mesmo tempo, e podem interagir entre si, potencializando efeitos negativos ou positivos. Possíveis vantagens da adição de um módulo estruturado de fatores ambientais ao IF-Br, baseado na avaliação de dados já coletados com o IF-Br e tomando como referência outros instrumentos, que fosse considerado na pontuação final, poderia ser verificada em uma futura revisão do instrumento. No MDS o módulo sobre fatores ambientais foi dividido em duas partes. A parte A inclui informações sobre fatores genéricos que podem ser avaliados por qualquer cidadão, independentemente de ter ou não impedimento ou condição de saúde. A parte A vem antes do módulo

de funcionalidade e inclui: aspectos limitadores e facilitadores do ambiente geral (por exemplo local trabalho, bancos, postos de saúde), apoio familiar e social, atitudes, acesso a informação, e uso regular de medicação. A parte B vem depois do módulo sobre condições de saúde, e é bem mais específica do que a parte A, se referindo a assistentes pessoais, dispositivos de ajuda (para cuidado pessoal, mobilidade, ver, ouvir, trabalhar e estudar), e modificações (em casa, na escola, no trabalho e na comunidade). Nesta parte, a intenção é coletar informação sobre as necessidades do entrevistado, tanto as preenchidas quando as não preenchidas, como requisitado pela Convenção, de acordo com a Figura 3.

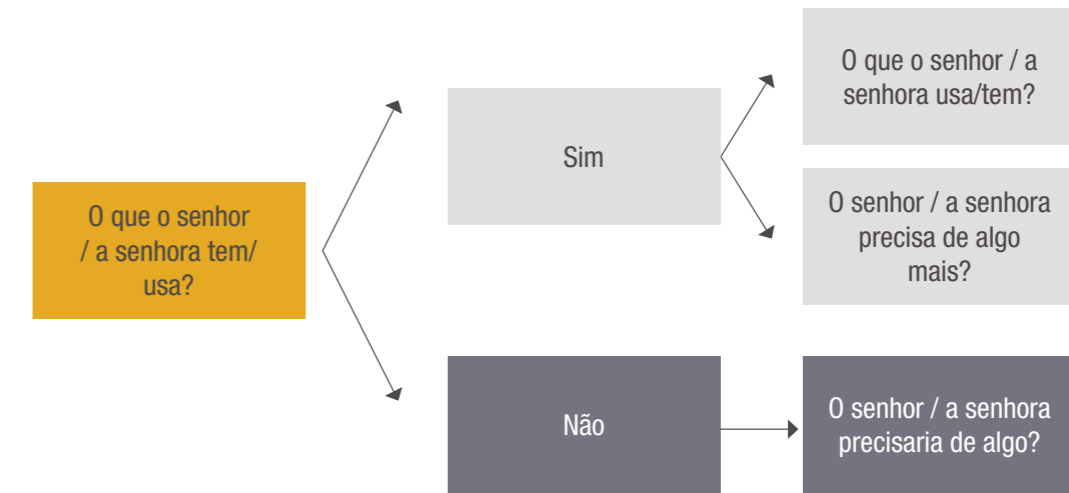


Figura 3: Esquema de coleta de dados no MDS em relação a assistência pessoal, dispositivos de ajuda e modificações.

As perguntas e escalas usadas no módulo de fatores ambientais do MDS podem ser vistas no anexo 1.

Apesar de ambos instrumentos terem o objetivo comum de mensurar deficiência e identificar quem são os indivíduos com deficiência grave, moderada e leve, os métodos usados para gerar uma pontuação final e estabelecer estes grupos são bem divergentes no IF-Br e MDS. A experiência com o MDS mostra que a aplicação de metodologia estatística, mais especificamente da teoria item-resposta, é viável e confiável para construir escalas precisas de funcionalidade com propriedades métricas⁴³, escolher questões relevantes para diferenciar pessoas com deficiência grave, moderada e leve, e estimar escores individuais que levem em conta os diferentes “pesos” de cada problema da funcionalidade. A mesma metodologia está sendo utilizada pela OMS no momento com o intuito de desenvolver uma versão abreviada do MDS, com duração de aproximadamente 20 minutos. O mesmo método será utilizado, com apoio técnico da OMS, para avaliar os dados coletados no estudo piloto do MDS no Brasil, planejado para 2016, e para selecionar questões a serem incluídas na próxima pesquisa nacional de saúde. Dada a riqueza e quantidade de dados gerada pela utilização do IF-BrA, seria possível testar se a metodologia do MDS é viável para o IF-Br.

Pontos de corte usados para identificar indivíduos com deficiência grave, moderada e leve também podem ser aplicados de maneira simples quando uma escala métrica é construída. A decisão sobre critérios válidos e justos para pontos de corte é, no entanto, complexa. Critérios para pontos de corte deverão ser decididos de acordo com o propósito do ponto de corte. A OMS recomenda pontos de corte no escopo do cálculo da prevalência da deficiência em amostras representativas da população de um país. Pontos de corte para concessão de benefícios deverão de ser baseados em critérios diferentes. Os pontos de corte sugeridos pela OMS para o MDS podem ser utilizados como referência para o desenvolvimento de pontos de corte para outros fins.

43. Sabariego C, Oberhauser C, Posarac A, Bickenbach J, Kostanjsek N, Chatterji S, Officer A, Coenen M, Chhan L, Cieza A. Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection Approaches on Disability Rates. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Aug 25;12(9):10329-51. doi: 10.3390/ijerph120910329. PubMed PMID: 26308039; PubMed Central PMCID: PMC4586614.

QUINTA PARTE



AVALIAÇÃO GERAL DO INSTRUMENTO UTILIZADO NO BRASIL

8. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO ADOTADO NO BRASIL (INSTRUMENTO, MÉTODO E PROFISSÕES ENVOLVIDAS E/OU COM NECESSIDADE DE SEREM ENVOLVIDAS)

O modelo adotado pelo Brasil de elaboração de um instrumento único para classificação e valoração das deficiências, viabilizado pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, tem caráter inovador no âmbito mundial.

Até o presente momento um documento formal que resuma as recomendações da OMS e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) com o objetivo de padronizar e modernizar a avaliação da deficiência para concessão de benefícios no âmbito mundial não foi publicado. O grupo de trabalho correspondente iniciou, entretanto, atividades neste sentido em 2016 e utiliza como referência o relatório⁴⁴ recentemente publicado pelo Banco Mundial sobre a avaliação da deficiência da

44. Jerome Bickenbach, Aleksandra Posarac, Alarcos Cieza, Nenad Kostanjsek. June 18, 2015. Assessing Disability in Working Age Population. A Paradigm Shift: from Impairment and Functional Limitation to the Disability Approach. Report No: ACS14124

população que é parte da força de trabalho. Neste relatório três estratégias são diferenciadas:

- **Impedimentos:** a avaliação que tem como base impedimentos e condições de saúde, atribuindo a diversas lesões ou problemas, valores pré-especificados em uma tabela tipo Baremos, sendo esta a estratégia mais antiga e ainda mais utilizada no mundo;
- **Limitação funcional:** essa abordagem acrescenta informações sobre funcionalidade de ações simples básicas à avaliação da capacidade de trabalho com a utilização frequente de instrumentos padronizados chamados “Functional Capacity Evaluation”;
- **Deficiência:** uma descrição completa, direta e não-inferencial de todas as dimensões relevantes à capacidade de trabalho, incluindo o estado de saúde, impedimentos, limitações de Atividades, assim como, restrições de Participação, e Fatores Ambientais. Esta abordagem tem como base o modelo da CIF.

A estratégia recomendada pela OMS e OIT é claramente a da deficiência. Embora ainda não existam recomendações concretas sobre o processo e o desafio de sugerir processo e instrumentos que sejam viáveis e válidos em âmbito mundial é grande.

O trabalho realizado no Brasil com o IF-Br corresponde à estratégia da deficiência e está de acordo com os requerimentos da Convenção, em vários sentidos, entre eles:

- **Avaliação de desempenho:** ao mover o foco da avaliação da capacidade (forma usual de avaliação) para o desempenho da pessoa e considerar fatores ambientais de forma abrangente, o IF-Br (assim como o instrumento usado para o BPC) operacionaliza, de fato, o conceito de deficiência como produto da interação entre uma pessoa com um problema de saúde ou impedimento, e fatores ambientais, como proposto na CIF;
- **Avaliação multiprofissional:** ao colocar a responsabilidade da avaliação em duas profissões, médicos e assistentes sociais, o modelo de avaliação garante a consideração de perspectivas diferenciadas e complementares na avaliação da deficiência, as quais refletem plenamente o modelo biopsicosocial;
- **Padronização:** ao utilizar um instrumento altamente padronizado como o IF-Br, a ser preenchido por dois profissionais, independentemente, níveis altos de padronização e conseqüentemente, de confiabilidade e objetividade são garantidos;
- **Envolvimento de pessoas com deficiências:** ao garantir o envolvimento de pessoas com deficiências no desenvolvimento do instrumento, o direito de pessoas com deficiências de participar e, de fato, influenciar o processo de avaliação é garantido;
- **Autonomia:** ao propor um instrumento que tem como foco a independência da pessoa em relação a diversas Atividades e domínios de Participação, a autonomia da pessoa com

deficiência é fator central da avaliação, como requerido pela Convenção;

- **Controle de qualidade:** ao testar e validar o instrumento já em uso e reconhecer que o instrumento poderá ser modificado se necessário, a preocupação em oferecer um processo justo e objetivo fica evidente.

A estratégia da deficiência é, no entanto, complexa, e os requerimentos da Convenção representam frequentemente desafios, mesmo a sistemas inovadores e avançados como o brasileiro. Do ponto de vista da autora deste relatório, o processo de validação e possível revisão do IF-Br poderia considerar as seguintes questões.

FATORES AMBIENTAIS

Uma das questões centrais da Convenção é a da identificação e eliminação de barreiras que venham a obstruir a participação plena e efetiva de pessoas com deficiência em igualdade de condições com os demais cidadãos. Neste sentido, o uso das informações coletadas sobre barreiras durante o processo de avaliação da deficiência com o IF-Br é extremamente relevante.

Do ponto de vista metodológico, a relativamente baixa padronização do IF-Br em relação à avaliação de barreiras, registradas apenas quando mencionadas como o motivo pelo qual uma tarefa não é realizada, assim como a ausência de avaliação de facilitadores, contrasta com a alta padronização da parte de funcionalidade do IF-Br. O procedimento com os fatores ambientais torna a avaliação sujeita ao risco sistemático de

não se levar em conta barreiras potencialmente não reconhecidas como tais pelo indivíduo, por exemplo, atitudes desrespeitosas de profissionais de saúde ou barreiras que dificultam muito uma atividade mas não chegam a impedi-la completamente. A atual avaliação também induz a não consideração sistemática de facilitadores, o que contrasta com a preocupação de avaliar não só aspectos negativos, mas também aspectos positivos na parte de funcionalidade.

A pontuação final do IF-Br é baseada na avaliação de desempenho, ou seja, é o produto da interação entre uma condição de saúde e fatores ambientais. Neste sentido, no parecer da perita, fatores ambientais são levados em conta na pontuação de funcionalidade de forma adequada para a concessão do benefício de aposentadoria. No entanto, uma questão central da Convenção, especificamente “*o quanto adaptações no trabalho podem contribuir para que o indivíduo de fato continue a trabalhar?*”, poderia ser respondida, e registrada de forma mais consistente do que a atual. No momento, o IF-Br não informa plenamente o sistema sobre as barreiras enfrentadas em relação ao trabalho e necessidades de pessoas com diferentes níveis de deficiência, tanto as preenchidas quanto as não preenchidas, como requisitado pela Convenção.

Caso o IF-Br de fato venha a ser utilizado como instrumento único, não só para a concessão de aposentadoria, a coleta de dados sobre barreiras e necessidades relacionadas ao trabalho não é suficiente. A Convenção tem como uma de suas questões centrais “*Quais adaptações do ambiente são necessárias para que a pessoa com*

deficiência possa participar plena e efetivamente da sociedade, em igualdade de condições com os demais?”. Neste sentido, um instrumento único deverá fornecer informações sobre facilitadores e barreiras em relação a todos os cinco domínios da CIF. O IF-Br, até pela quantidade de avaliações anuais em todas as regiões do país, tem o potencial de responder a esta pergunta de maneira abrangente e informativa não só para a concessão de benefícios, mas também para o desenvolvimento de políticas apropriadas e monitoramento da Convenção.

A possibilidade de se adicionar um módulo estruturado de fatores ambientais ao IF-Br poderia assim ser verificada em uma futura revisão. O desenvolvimento de tal módulo deveria seguir uma estrutura clara e transparente, com o envolvimento de pessoas com deficiência. Assim como no caso da funcionalidade no IF-Br, uma avaliação sistemática de como módulos de fatores ambientais são estruturados em outros instrumentos seria recomendável como primeiro passo. O instrumento utilizado para o BPC inclui tal módulo. A vasta experiência de técnicos envolvidos no desenvolvimento deste instrumento, assim como de assistentes sociais responsáveis por respondê-lo, e a quantidade de dados coletados seriam um excelente ponto de partida. No entanto, outros instrumentos, como por exemplo o MDS, ou adaptação de fatores ambientais do MDS feita pelo governo chileno, poderiam ser usados como referência para conteúdo e qualificadores apropriados.

DOMÍNIOS DA FUNCIONALIDADE

O IF-Br foi desenvolvido de maneira participativa, com o envolvimento de pessoas com deficiências, levando em consideração “*dados e informações disponíveis sobre a situação socioeconômica da população com deficiência no Brasil*”⁴⁵, e a publicação dos detalhes deste processo em um artigo científico consolida a indiscutível transparência do processo. A CIF foi usada como referência em todo processo, e sua implementação, por exemplo, no fato de funcionalidade ser avaliada como desempenho, exemplar. Instrumentos baseados na CIF ou ICF Core Sets que poderiam servir de referência para informar a seleção de domínios da funcionalidade, ou mesmo para confirmar os domínios selecionados com uma âncora externa, não foram levados em consideração até o presente momento.

Em comparação com domínios de Atividades e Participação, Funções do Corpo estão bem pouco representadas no IF-Br, o que fica evidente quando o IF-Br é comparado a outros instrumentos ou a ICF Core Sets, como realizado no presente relatório. Por conta da importância de algumas destas funções, como nível de energia ou dor para pessoas com transtornos psiquiátricos ou condições de saúde neurológicas, seria recomendável considerar testar as diferenças no escore final quando Funções do Corpo são incluídas na parte de funcionalidade.

45. Franzoi, Ana Cristina ; Xerez, Denise Rodrigues ; Blanco, Mauricio ; Amaral, Tatiana ; Costa, Antonio José ; Khan, Patricia ; Maia, Shirley Rodrigues ; Magalhães, Carolina ; Maior, Izabel Loureiro ; Pelosi, Miryan Bonadiu ; Santos, Normélia Quinto Dos ; Thedim, Manuel ; Vilela, Lailah Vasconcelos De Oliveira ; Riberto, Marcelo. 2013. Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br. *Acta Fisiatrica (USP)*, v. 20, p. 164-170.

No presente relatório uma comparação foi feita com o MDS, dois ICF Core Sets relevantes à área da deficiência e o WHODAS. Esta comparação é uma possibilidade entre várias. Trabalhos⁴⁶ na área da previdência social utilizaram outras referências, por exemplo, “*EUMASS Core Sets*”⁴⁷ ou o “*ICF Core Set for vocational rehabilitation*”⁴⁸. A recomendação deste relatório é que um trabalho de comparação seja feito, mas a escolha dos trabalhos a serem utilizados como referência é uma decisão do grupo responsável pela revisão do IF-Br, tendo em vista o uso futuro do instrumento.

ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados do IF-Br idealizada em sua construção utilizada um procedimento padrão de calcular a média de pontuação por domínio, e então, a média de todos os domínios. Este método tem a clara vantagem de ser simples e intuitivo. Uma possível desvantagem é que todas as Atividades incluídas em um domínio contribuem da mesma maneira para a pontuação. Por exemplo, no domínio cuidados pessoais, a completa dependência para lavar-se tem o mesmo “peso” de completa

46. Kirschneck M, Legner R, Armbrust W, Nowak D, Cieza A. [Can ICF core sets be helpful in preparing a social-medical expert report due to incapacity to work?—a first proposal]. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2015 Apr;54(2):92-101. doi: 10.1055/s-0035-1545359. Epub 2015 Apr 13. German. PubMed PMID: 25866885.

47. Brage S, Donceel P, Falez F; Working Group of the European Union of Medicine in Assurance and Social Security. Development of ICF core set for disability evaluation in social security. *Disabil Rehabil*. 2008;30(18):1392-6. doi: 10.1080/09638280701642950. PubMed PMID: 18850352.

48. Finger ME, Escorpizo R, Glässer A, Gmünder HP, Lückenkemper M, Chan C, Fritz J, Studer U, Ekholm J, Kostanjsek N, Stucki G, Cieza A. ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disabil Rehabil*. 2012;34(5):429-38. doi: 10.3109/09638288.2011.608145. Epub 2011 Oct 10. PubMed PMID: 21981443.

dependência para regular micção ou defecação, embora seja intuitivo considerar que pessoas com problemas graves para regular micção ou defecação têm uma probabilidade mais alta de ter deficiência grave do que pessoas com problemas para se lavar. Esta questão foi trabalhada em um artigo recente utilizando dados do MDS⁴⁹. Este estudo mostra que a simples adição de escores ordinais leva a pontuações finais imprecisas.

O método analítico utilizado no MDS e em vários outros inquéritos da OMS, o Modelo Político de Rasch (teoria item-resposta), torna possível o cálculo de pontuações finais mais precisas, que levam em conta não só o “peso” (grau de dificuldade) de cada questão, mas também qual o grupo de pessoas que uma determinada questão tem o potencial de diferenciar. Por exemplo, no MDS as perguntas sobre comer e usar o banheiro diferenciam bem a funcionalidade de pessoas com deficiência grave, enquanto as questões sobre cortar as unhas dos pés ou fazer exercícios vigorosos diferenciam bem pessoas com níveis leves de deficiência. Este método também permite informar a redução de questionários (eliminação de perguntas redundantes), ou até mesmo a redução de opções de resposta, como é o caso do estudo citado no artigo do IF-Br e que sugere quatro opções de resposta para a MIF⁵⁰. É importante ressaltar, no

49. Sabariego C, Oberhauser C, Posarac A, Bickenbach J, Kostanjsek N, Chatterji S, Officer A, Coenen M, Chhan L, Cieza A. Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection Approaches on Disability Rates. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Aug 25;12(9):10329-51. doi: 10.3390/ijerph120910329. PubMed PMID: 26308039; PubMed Central PMCID: PMC4586614.

50. Nilsson AL, Sunnerhagen KS, Grimby G. Scoring alternatives for FIM in neurological disorders applying Rasch analysis. *Acta Neurol Scand*. 2005;111(4):264-73. DOI:

entanto, que a eliminação de perguntas ou opções de resposta, se necessárias, devem ser feitas com base em diferentes critérios, sendo o estatístico apenas um deles. Outra vantagem do método é que uma escala métrica é criada e grupos de pessoas com deficiências graves, moderadas e leves podem ser diretamente identificados. Aqui escalas construídas com métodos da teoria item-resposta poderiam ser aplicadas para confirmar analiticamente o método Fuzzy e os critérios estabelecidos para o IF-Br.

Não é possível dizer de antemão se o Modelo Politômico de Rasch é apropriado para o IF-Br, mas a recomendação é testá-lo com os dados já coletados até o presente momento e comparar os resultados com resultados obtidos com as regras originais de pontuação do IF-Br.

COMUNICAÇÃO ENTRE O IF-BR E O MDS

O MDS se encontra em fase de teste (estudo piloto) no Brasil, em um esforço conjunto do Ministério da Saúde (Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS) e do OPAS (Unidade Técnica de Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental), com a participação da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência no processo. O objetivo é selecionar e incluir partes do MDS na Pesquisa Nacional de Saúde pela primeira vez em 2017.

Dada a similaridade e a base conceitual comum

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600.0404.2005.00404.x>

(CIF) do IF-Br e do MDS, apesar de escopos bem diferentes, seria importante garantir, no processo de escolha de itens da MDS, que domínios comuns ao IF-Br sejam escolhidos, para que possa haver uma futura “comunicação” dos dados coletados com os dois instrumentos. O MDS irá criar um continuum de deficiência para a população brasileira e identificar quem são as pessoas com deficiência grave, moderada ou leve. Se o IF-Br utiliza ao menos algumas das questões utilizadas pelo MDS para a construção da escala de deficiência, escores de pessoas avaliadas com o IF-Br podem ser estimados para a escala do MDS. Desta maneira, seria possível “localizar” as pessoas que fazem o pedido de benefício e as que o recebem nesta escala. Perguntas que poderiam ser respondidas desta maneira seriam: *as pessoas que recebem o benefício são as com deficiência grave? Em que parte do continuum se encontram estas pessoas? Quais as características desta população? Quais as barreiras enfrentadas no dia a dia?*

A recomendação deste relatório é de que esforços sejam colocados em ação para garantir a comunicação posterior dos dados coletados com o IF-Br e com o MDS.

PROFISSÕES ENVOLVIDAS

A Convenção requisita que avaliações de deficiência sejam feitas por grupos multiprofissionais. No parecer da autora deste trabalho, em conformidade com especialistas da área, a inclusão de médicos e assistentes sociais na avaliação pela adaptação denominada IF-BrA satisfaz este requerimento. Mais importante do que a inclusão de outros

profissionais seria a ampliação do escopo do trabalho dos assistentes sociais no sentido de uma avaliação mais abrangente de fatores ambientais, como mencionado anteriormente.

9. RECOMENDAÇÕES EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO A SER UTILIZADO NO ESCOPO DE UMA AVALIAÇÃO ÚNICA DA DEFICIÊNCIA E HABILIDADES/COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NECESSÁRIAS À APLICAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

O desenvolvimento de um instrumento único, como parte da estratégia da deficiência, corresponde às recomendações de trabalhos recentes⁵¹ na área e de especialistas consultores da OMS. O IF-Br é um excelente ponto de partida para tal instrumento. As recomendações aqui mencionadas refletem basicamente, portanto, as recomendações para a revisão do instrumento.

Considerando o IF-Br como ponto de partida para o instrumento único, os fatores a serem levados em conta seriam:

- Adicionar ao instrumento um inventário informativo e padronizado de fatores ambientais, em consonância com a CIF. Este inventário deverá, de acordo com a Convenção, facilitar a identificação e eliminação de barreiras que impossibilitem a participação plena e efetiva, em igualdade de condições com as demais pessoas, de pessoas com deficiência na sociedade;
- Adicionar ao instrumento na parte de funcionalidade Funções do Corpo que, em caso de lesão possam restringir a participação plena e efetiva de pessoas com deficiência na sociedade;
- Calibrar o instrumento com outros instrumentos utilizados no país, por exemplo o MDS, para garantir o monitoramento da Convenção de maneira abrangente;
- Adicionar ao instrumento módulos específicos, desenhados para benefícios específicos, que possam complementar as informações obtidas com o instrumento único.

Quanto à aplicação multiprofissional, este relatório inclui dois exemplos extremos. O primeiro é o exemplo da Alemanha, onde apenas o perito médico fica a cargo da avaliação; o segundo é o exemplo do Chipre, onde vários profissionais de diferentes áreas são envolvidos. A solução atual brasileira, utilizando o IF-BrA, fica entre estes dois modelos, garantindo que a avaliação inclua duas perspectivas diferentes e pertinentes. Esta solução é provavelmente a solução mais viável para um país das dimensões do Brasil e do ponto de vista

51. Jerome Bickenbach, Aleksandra Posarac, Alarcos Cieza, Nenad Kostanjsek. June 18, 2015. Assessing Disability in Working Age Population. A Paradigm Shift: from Impairment and Functional Limitation to the Disability Approach. Report No: ACS14124.

de especialistas da área suficiente para contemplar os requerimentos da Convenção. A sugestão deste relatório é de que o grupo multidisciplinar não seja alterado ou ampliado, mas sim que o escopo do trabalho dos assistentes sociais, já envolvidos na avaliação, seja ampliado e permita uma avaliação mais abrangente de fatores ambientais, em conformidade com a Convenção.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório foi iniciado com o intuito de comparar o instrumento utilizado na Alemanha para concessão de benefícios previdenciários com o instrumento brasileiro. Esta comparação não foi possível porque a Alemanha no momento não utiliza um instrumento padronizado. Dado o trabalho atual do Brasil com o instrumento da OMS para coleta de dados epidemiológicos sobre deficiência, o Model Disability Survey, e a familiaridade da autora deste trabalho, consultora da OMS no projeto MDS, com o instrumento, a comparação originalmente prevista foi substituída pela comparação entre o IF-Br e o MDS.

O modelo atualmente adotado pelo Brasil com o IF-Br é uma das iniciativas mais modernas e conformes com a Convenção em âmbito mundial, sendo o IF-Br um excelente instrumento para a avaliação da deficiência e o processo, envolvendo não apenas um perito médico, mas também assistentes sociais. Neste sentido, a avaliação brasileira satisfaz amplamente muitos requerimentos da Convenção.

O desenvolvimento de um instrumento único para classificação e valoração das deficiências tornará o processo certamente ainda mais consonante com a Convenção. Tendo em vista a oportunidade de revisão do IF-Br com o intuito de utilizá-lo como instrumento único, este relatório sugere alguns fatores importantes a serem considerados, especialmente uma coleta de dados mais abrangente sobre fatores ambientais.

ANEXOS

ANEXO 1 - MODEL DISABILITY SURVEY

(Footnotes)

1. Abreviações alemãs foram usadas como o original alemão
2. Somente caso o fato da pessoa não realizar tarefa seja opção pessoal
3. Uso de teoria item-resposta (Modelo Politômico de Rasch)
4. Somente quando forem mencionados como o motivo pelo qual uma tarefa não é realizada
5. Considerando a descrição das atividades regulação da micção e regulação da defecação, estas foram mapeadas tanto a Funções do Corpo quanto a atividades.
6. O IF-Br cobre todos os capítulos da CIF sobre fatores ambientais, mas não define categorias específicas.

