



UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha

**Avaliação Médica Biopsicossocial de Pessoas com
Deficiência Segundo o Conceito Hodierno de
Deficiência**

PROGRAMA DOUTORAL EM BIOÉTICA

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal e Conselho Federal de
Medicina-Brasil

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade
do Porto para obtenção do grau de Doutor em Bioética.

Orientador: Professor Doutor Rui Nunes

“Então, no fundo, a bioética clama por dignidade humana, por respeito à pessoa humana, o ser humano. Eu definiria a bioética como um grito, um brado forte pela dignidade humana e por mais qualidade de vida, desde o nível individual, pessoal ou até ao nível social, coletivo, em todos os âmbitos da vida” (LEO PESSINI).

Agradecimentos

Esta parte sempre sairá incompleta. Este é o “final”, e durante a caminhada estiveram presentes muitas pessoas...

Início esta parte de agradecimentos evocando que Jesus seja o meu Mensageiro junto ao Criador. Minha mais profunda gratidão a Deus, razão da existência do todo, pelas bênçãos em minha vida, por colocar pessoas tão especiais em meu caminho e que me ajudaram a seguir até aqui, pela proteção diária e por me permitir sempre uma nova chance de melhorar como espírito. Agradeço ao meu Pai, José Cosme das Mercês (*in memorian*), por ter me ensinado sobre respeito e a ter disciplina; sobre princípios morais, princípios de civilidade e patriotismo; e de como fazer da dificuldade um desafio a superar e vencer. À minha Mãe, Maria do Nascimento das Mercês, por ter me dado a vida, por seus ensinamentos de vida e sobre as complexas e infundáveis tarefas domésticas, por ser meu exemplo de mulher forte e digna, e por ser meu Anjo guardião na terra.

Agradeço ao meu marido, Lúcio, por ser meu companheiro, por todo apoio e amor em todos os momentos. Peço perdão pelas ausências.

Agradeço aos meus filhos, Yuri e Yohan, razão do meu existir, por iluminarem a minha alma. Vocês são a melhor parte de mim! Peço também que me perdoem pelas ausências.

Agradeço aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos. Especialmente ao maninho Dougmar e à cunhadinha Joaquina, pela presença diária, por serem meu porto seguro e por suas preces.

Agradeço aos amigos, (Professor) Francisco Fernandes Cortes e sua amada esposa, Carmem Fernandes, por fazerem parte desta conquista de forma muito especial, pois foram inúmeras horas de estudo, trabalho e deliciosos lanches.

Agradeço ao amigo, Doutor Josierton Cruz Bezerra, profundo conhecedor das normativas previdenciárias, pelas horas de discussão, trabalho e estudo sobre o tema no âmbito previdenciário.

Agradeço aos funcionários do Conselho Federal de Medicina, Viviane, Flávia, Nilo (secretaria da Bioética) e Eliane (Biblioteca), pela especial atenção e grande ajuda.

Agradeço à Professora Elita de Medeiros por ter trazido luz nos momentos obscuros em que a mente já não enxergava mais os erros.

Agradeço ao Professor Doutor José Hiran Gallo por todo seu laborioso empenho em auxiliar cada aluno a concluir o Doutorado. Suas orientações e diárias cobranças foram combustíveis para mim.

Agradeço ao Professor Doutor Rui Nunes, meu Orientador, e demais Mestres por suas preciosas lições que seguirão indelévels para minha vida.

Que Deus retribua em bênçãos todo o bem que todos vocês me fizeram e fazem...

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso” (Charles Chaplin).

Sumário

<i>Resumo</i>	9
<i>Abstract</i>	11
<i>Introdução</i>	13
<i>PARTE I. Marco Teórico</i>	18
<i>CAPÍTULO I - Introdução à Bioética</i>	19
1.1 O princípio da justiça, uma teoria da justiça.....	22
1.2 Os princípios da beneficência e da não-maleficência	24
1.3 Definição de Deficiência e Tipologia Clínica.....	28
1.3.1 Tipologia Clínica da Deficiência.....	29
<i>PARTE II - Legislação Aplicada</i>	35
<i>CAPÍTULO II - A Legislação e a Avaliação da Pessoa com Deficiência</i>	36
2.1 Benefícios, Direitos e Oportunidades: O Emaranhado Legal da Avaliação da Deficiência no Brasil.....	36
2.2 Aspectos Legais da Concessão e Avaliação dos Direitos dos Deficientes na América Latina.....	48
<i>PARTE III - Avaliação da Deficiência</i>	63
<i>CAPÍTULO III: Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF</i>	64
<i>CAPÍTULO IV: Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para fins de Aposentadoria da Pessoa com Deficiência</i>	68
4.1 Estudo Comparativo das Avaliações Realizadas por Médicos e Assistentes Sociais com Aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado para fins de Concessão de Aposentadoria à Pessoa com Deficiência (Rocha, Fernandes, Bezerra & Nunes, 2019).....	68
4.2 Estudos Empíricos com aplicação da CIF.....	72
4.3.1 Primeiro Caso: Síndrome de Talidomida.....	75
4.3.2 Segundo Caso: Dedo Amputado.....	78
4.3.3 Terceiro Caso: Membro Inferior Direito Amputado	79
<i>Conclusão</i>	82
<i>Referências</i>	88
<i>Anexos</i>	98

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Grau de Deficiência: Avaliação do Médico e da Assistente Social	70
Tabela 2 - Correlação de Spearman para medir a correlação entre as médias dos 7 domínios	70
Tabela 3 - Índice de comparação entre avaliações do Médico e da Assistente Social	71
Tabela 4 - Tabela de especificidade e sensibilidade em valores relativos.....	71

Lista de Quadros

Quadro 1 – Análise aplicada de correlação ao princípio da Beneficência	44
Quadro 2 – Análise aplicada de correlação ao princípio da Justiça	47
Quadro 3 – Análise aplicada de correlação ao princípio da Autonomia	48
Quadro 4 – Análise aplicada de correlação ao princípio da Não Maleficência.....	49
Quadro 5 – Fatores ambientais, Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação .	66
Quadro 6 - Funções neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento	76
Quadro 7 - Avaliação e grau da deficiência	77
Quadro 8 - Sensações relacionadas aos músculos e funções de movimento.....	79
Quadro 9 - Sensações relacionadas aos músculos e funções de movimento.....	80

Resumo

As sucessivas revoluções industriais e as grandes guerras produziram gerações de pessoas mutiladas, esquecidas à própria sorte, sem acesso aos recursos de educação, cultura, lazer e trabalho. No Brasil 45.606.048 pessoas apresentam algum tipo de deficiência: física, auditiva, motora e mental ou intelectual, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse número representa 23,9% da população geral. Em virtude dessa realidade, várias instituições foram criadas, e a legislação evoluiu buscando garantir direitos às pessoas com deficiência. Os diferentes regramentos para usufruto de diversos benefícios provocam interpretações equivocadas e deixam brechas para que pessoas com deformidades leves, sem comprometimento significativo de funcionalidade, também sejam beneficiárias da legislação, muitas vezes ocupando o lugar daquelas com deficiência e com limitações de funcionalidade severas. O estudo questiona o equívoco conceitual de deficiência, funcionalidade e capacidade laborativa, e a existência de possível conflito bioético concernente ao princípio da beneficência e da justiça na avaliação da deficiência declarada, analisando se os princípios bioéticos estão presentes na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Assim, objetivou comparar a legislação brasileira e de outros países da América Latina para verificar a similaridade entre as leis, o tipo de avaliação realizada e os critérios adotados, averiguando a legislação do Brasil, que se apresenta fragmentada, sugerindo a consolidação das normas nos moldes do que ocorreu com as leis trabalhistas no país. Realizou-se um estudo analítico comparando as avaliações com uso do IF-BrA aplicadas pelos médicos peritos e pelos assistentes a partir do banco de dados disponibilizado pelo INSS, e a análise de correlação e de significância realizadas não demonstrou haver diferença entre a avaliação feita pelo médico perito e pelo assistente social, ao serem aplicadas na régua utilizada para o enquadramento para fins de aposentadoria, de acordo com o grau de deficiência apresentada. Ainda apresenta três casos empíricos de avaliação da pessoa com deficiência submetidos à avaliação pela aplicação dos *core sets* da Classificação Internacional, para fins de concessão de benefícios previstos em legislação específica. Os resultados apontam que o uso dos *core sets* disponíveis no sítio www.icf-core-sets.org auxiliam na avaliação da pessoa com deficiência, podendo ser reconhecidos como importante ferramenta para a concessão de benefícios às pessoas com deficiência no Brasil. Os resultados ainda apontam a possibilidade de conflito bioético, que pode ocorrer com a intenção de *ajudar* o requerente, não retratando a realidade dos fatos e não atendendo à legislação. O profissional médico perito deve seguir o Código de Ética Médica, então o profissional apto por formação para a realização da avaliação dos critérios clínicos, sociais e de enquadramento legal

de concessão do benefício é o médico, sendo indispensável a avaliação conjugada da CID e da CIF.

Palavras-chave: Deficiência, Incapacidade, Funcionalidade, Bioética, Justiça, Equidade.

Abstract

The successive industrial revolutions and the great wars produced generations of mutilated people, left on their own, with no access to resources of education, culture, leisure, and work. In Brazil, 45.606.048 people present some type of physical, hearing, motor and mental or intellectual disabilities, according to the *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE). This number represents 23.9% of the general population. Due to this reality, several institutions have been created and the legislation has evolved pursuing ensure rights to disabled people. Different rules to enjoy several benefits are misinterpreted and they allow people with mild deformities, with no significant compromise in functionality also could receive the benefits from the law, frequently using the place that belongs to disabled people and with severe functionality limitations. The study questions the conceptual misunderstanding of disability, functionality and work capacity, and the possible bioethical conflict regarding the principle of beneficence and justice in evaluating of declared disability, analyzing whether the bioethical principles are presented in the *Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência*. Thereunto, it aimed to compare the Brazilian legislation and that of other Latin American countries to verify the similarity between the laws and criteria adopted, verifying Brazilian legislation, which is fragmented, suggesting in the end the Consolidation of standards rules along the lines of what happened with labor laws in the country. An analytical study was carried out comparing the use of IF-BrA applied by expert doctors and assistants, from the database provided by the INSS, and the analysis of correlation and significance completed showed there is no difference between the assessment made by the doctor expert and by the social worker, when applied to the rule used to qualify for the retirement situation, according to the degree of presented disability. It also presents three empirical cases of assessment of the person with disabilities related to the assessment by applying the basic sets of the International Classification, for the purpose of granting benefits available in specific legislation. The results show that the use of basic sets available on the website www.icf-core-sets.org helps in the assessment of people with disabilities, and it can be considered as an important tool for granting benefits to people with disabilities in Brazil. Results still point the possibility of bioethical conflict that might occur intending to *help* the petitioner, not portraying the reality of facts and no attending the legislation. The Expert Physician must follow the Medical Code of Ethics, so the suitable professional to perform the evaluation of clinical social and legal criteria is the Physician, and the combined assessment of the ICD and the ICF is indispensable.

Keywords: Disability, Impairment, Functionality, Bioethics, Justice, Equity.

Introdução

As sucessivas revoluções industriais (desde a 1ª, com o recurso à produção industrial, até à 4ª, a mais recente revolução digital) e as grandes guerras produziram gerações de pessoas mutiladas, esquecidas à própria sorte, sem acesso aos recursos de educação, cultura, lazer e trabalho. Após a II Guerra Mundial, os líderes dos países vencedores idealizaram uma declaração para salvaguardar a dignidade, o valor da pessoa humana e os direitos fundamentais (Maior, 2008, p. 20). Após os horrores do holocausto, em 10 de dezembro de 1948, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH* foi promulgada pela Organização das Nações Unidas com objetivo de construir uma sociedade com liberdade, justiça e paz. A DUDH traz, em seu artigo 1º, a base das liberdades e dos direitos: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (United Nations, artigo 1º, 1948). Além das pessoas que se tornaram deficientes em decorrência de guerra ou acidentes, ainda há aquelas que já nascem com alguma deficiência, sendo definida como deficiência de origem congênita.

O Brasil, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), apresenta uma população de 45.606.048 de brasileiros (23,9% da população total) com algum tipo de deficiência física, auditiva, motora e mental ou intelectual, em decorrência de diversas causas: congênita, doença ou acidente.

Quando falamos em pessoa com deficiência, automaticamente a memória nos remete a um indivíduo em cadeiras de rodas ou aprisionado sobre uma cama, sem poder se mexer, necessitando da ajuda de terceiros. No entanto, essa grandiosa população compreende pessoas com deficiências leves, moderadas e graves, envolvendo aspecto físico, mental, intelectual e/ou sensorial. Nesse sentido, o conceito de deficiência, incapacidade e restrição é essencial para a compreensão da realidade dessas pessoas no Brasil e para a construção de políticas públicas.

A palavra *deficiente* é originária do latim *deficiens*, que significa insuficiente, insatisfatório, medíocre. No dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa – Michaelis, *deficiente* significa falho, imperfeito, incompleto. A seu turno, *incapacidade* é definida como estado ou condição de incapaz; falta de capacidade física ou intelectual; ainda, falta de qualificação, incompetência, condição jurídica de pessoas a quem faltam aptidão ou condições necessárias para realizar, por si só, certos atos legais. *Restrição* é limitação imposta à realização de algo. Como se vê, são definições simples e insuficientes para se aplicar à complexidade da pessoa com deficiência.

Em 1983, a Organização Internacional do Trabalho – OIT definiu *pessoa deficiente*,

na Convenção 159, como “aquela cujas possibilidades de obter e conservar um emprego adequado e de progredir no mesmo fiquem substancialmente reduzidas devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente comprovada”.

Em 1999, o Brasil publicou o Decreto nº 3298, que trouxe a definição de *pessoa portadora de deficiência* como aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Definiu, ainda, *incapacidade* como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Vieira (2010) ressalta que, para que se tenha em mente que a deficiência a ser constatada deve produzir ou gerar dificuldade para o desempenho das funções profissionais, não se pode levar em conta o caráter puramente estético, o que está em consonância com o Decreto nº 3298/1999. A partir desta assertiva, recordamos que, na maioria das vezes, o que se constata é que alguns indivíduos com deformidades leves usufruem de direitos concedidos pela legislação, em detrimento daqueles que enfrentam real desvantagem de participação na sociedade em comparação com as demais pessoas, ditas *normais*.

A exigência da sociedade pela perfeição e por 100% de aptidão imprimiu a supervalorização das condições físicas, além da sensorial e da cognitiva. Em decorrência disto, as pessoas com deficiência foram segregadas e excluídas, como consequência da discriminação e desvalorização de suas vidas (Maior, 2016). A história revela que as pessoas com deficiência estiveram invisíveis ao convívio social, confinadas em seus lares ou em instituições assistencialistas.

Na década de 1960 cresceu o movimento de reivindicação de direitos, e as pessoas com deficiência lutavam para ser reconhecidas como protagonistas de suas vidas, surgindo o modelo social baseado nas interações entre a sociedade e as pessoas com limitações funcionais (Maior, 2017). A incapacidade atribuída à pessoa com deficiência é estigmatizante, e antes é preciso considerar a interação com o meio ambiente, que tanto pode ser favorável ou desfavorável, impondo, assim, uma condição de vantagem ou de desvantagem. Portanto, por meio dos ajustes necessários para garantir igualdade de oportunidades para que as demais pessoas exerçam os direitos humanos e as liberdades fundamentais, a sociedade estará agindo de forma mais inclusiva e menos excludente (Martins, 2008).

Nogueira (2008) ressalta que a expressão *Direitos Humanos* é usada mesmo quando se refere a direitos civis ou antidiscriminatórios. Apresenta, ainda, a diferença conceitual entre direitos civis, que se relacionam à cidadania, estabelecendo regras sociais, individuais ou para grupos na sociedade, definindo limites. Já as leis contra a discriminação são aquelas que visam a proteger grupos sociais que recebem tratamento diferente em decorrência de sua escolha de gênero, preferência sexual, estilo de vida, ou por apresentar algum tipo de deficiência.

Em 13 de dezembro de 2006 foi homologada, pela Assembleia das Nações Unidas, a *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, que entrou em vigência em 3 de maio de 2008. Como princípios da Convenção (Paula, 2008), busca-se assegurar:

- a) O respeito pela independência, pela liberdade de fazer as próprias escolhas;
- b) A não-discriminação;
- c) A plena e efetiva participação na sociedade;
- d) O respeito pela diferença. A pessoa com deficiência como parte da diversidade humana;
- e) A igualdade de oportunidades;
- f) A acessibilidade;
- g) A igualdade entre homem e mulher; e
- h) O respeito pela capacidade de desenvolvimento de crianças com deficiência.

Segundo Sassaki (2005), “o modelo social da deficiência, elaborado basicamente por entidades de pessoas com deficiência, aponta as barreiras da sociedade (escola, empresa etc.), que impedem o desenvolvimento das pessoas e sua inserção social (inclusão escolar inclusão profissional etc.). Essas barreiras se manifestam por meio de seus ambientes restritivos, suas políticas discriminatórias e suas atitudes preconceituosas, que rejeitam a minoria e todas as formas de diferenças, seus padrões de normalidade discutíveis, seus objetos e outros bens inacessíveis do ponto de vista físico, seus pré-requisitos atingíveis apenas pela maioria aparentemente homogênea, sua quase total desinformação sobre necessidades especiais e sobre direitos das pessoas que possuem essas necessidades, suas práticas discriminatórias em muitos setores da atividade humana (escolas, empresas, locais de lazer, transportes coletivos etc.)” (conforme citado por Teixeira, 2010, p. 27).

A *Convenção de 2006* trouxe o conceito hodierno de pessoa com deficiência como aquela que tem impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação

com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.

Em virtude dessa realidade, várias instituições foram criadas e a legislação evoluiu, buscando implementar direitos e benefícios, além de procurar melhorar a acessibilidade para as pessoas com deficiência.

Contudo, os diferentes regramentos para usufruto de diversos benefícios provocam interpretações equivocadas, e deixam brechas para que indivíduos com deformidades leves, sem comprometimento significativo de funcionalidade, sejam também beneficiárias da legislação, muitas vezes ocupando o lugar de pessoas com deficiência e com limitações de funcionalidade severas (Rocha, Fernandes, Bezerra & Nunes, 2019). Assim, são geradas situações de grave injustiça social relativa, dado que os que mais necessitam podem ser excluídos dos indispensáveis programas de reabilitação e integração na sociedade, na família ou na força laborativa.

Apresentada a temática, esta tese tem o objetivo questionar o equívoco conceitual de deficiência, funcionalidade e capacidade laborativa, e a existência de possível conflito bioético concernente ao princípio da beneficência e da justiça na avaliação da deficiência declarada. Assim, objetivou comparar a legislação brasileira com outros países localizados na América Latina para verificar a similaridade entre as leis, o tipo de avaliação realizada e os critérios adotados, verificando a legislação do Brasil, que se apresenta fragmentada, sugerindo a consolidação das normas nos moldes do que ocorreu com as leis trabalhistas no país, e analisar se os princípios bioéticos estão presentes na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Realizou-se um estudo analítico comparando as avaliações com uso do IF-BrA aplicadas pelos peritos médicos federais e pelos assistentes a partir dos registros disponibilizados pelo INSS.

Os quatro estudos realizados foram submetidos como artigos em revistas internacionais.

A tese foi dividida em três partes: a primeira delas traz o Marco Teórico, assinalando uma introdução à bioética, contemplando os princípios da justiça e da beneficência. A segunda parte ocupa-se da legislação aplicada, abrangendo benefícios, direitos e oportunidades para as pessoas com deficiência, além dos aspectos legais para concessão e avaliação desses direitos em toda a América Latina. A terceira parte trata da avaliação da deficiência, considerando a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a aplicação de instrumentos na avaliação

de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) – e o Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado para Aposentadoria Especial – IF-Br. Desta forma, os capítulos que compõem a tese estão assim organizados:

Parte I. Marco Teórico

Capítulo I – Introdução à Bioética; O Princípio da justiça, uma Teoria da Justiça; O princípio da Beneficência; Definição da deficiência.

Parte II. A Legislação e a Pessoa com Deficiência

Capítulo II – A Legislação e a Avaliação da Pessoa com Deficiência; Benefícios, Direitos e Oportunidades: o Emaranhado Legal da Avaliação da Deficiência no Brasil; Aspectos Legais da Concessão e Avaliação dos Deficientes na América Latina.

Parte III. Avaliação da Deficiência

Capítulo III – Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF e a aplicação de instrumentos na avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Capítulo IV – Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para fins de aposentadoria da Pessoa com Deficiência; Estudo Comparativo das Avaliações Realizadas por Médicos e Assistentes Sociais com Aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado para fins de concessão de aposentadoria à pessoa com deficiência.

PARTE I. Marco Teórico

“A distribuição natural dos bens não é justa ou injusta; nem é injusto que os homens nasçam em algumas condições particulares dentro da sociedade. Estes são simplesmente fatos naturais. O que é justo ou injusto é o modo como as instituições sociais tratam destes fatos” (John Rawls – A Theory of Justice).

CAPÍTULO I - Introdução à Bioética

O bioquímico estadunidense Van Rensselaer Potter (2016), que foi professor e pesquisador na área de Oncologia no McArdle Laboratory for Cancer Research, na Universidade de Wisconsin, em Madison, propôs um novo conceito interdisciplinar para unir a ética, medicina e a ciência. Por meio da construção de um diálogo entre a ciência da vida (Biologia: *bios*, vida) e a sabedoria prática (filosofia, ética, valores), ele criou o neologismo *Bioética*.

A *Bioética* objetiva nortear a reflexão sobre os conflitos e as controvérsias morais envolvidas no âmbito das ciências da vida e da saúde, sob o ponto de vista de sistemas de valores conhecidos pelo nome de ética (Ribeiro, 2019).

A *Bioética*, segundo Durand (2014), etimologicamente, poderia englobar todo o campo da vida, da vida vegetal ao desenvolvimento das pessoas em sociedade. Van Rensselaer Potter (2018) via a *Bioética* como uma ponte entre a ciência e a tecnologia de um lado e, de outro, os valores, as humanidades. Assim, foi concebida como a ética do que é vivo, ética da sobrevivência do planeta. De acordo com Rui Nunes (2014), “a bioética instalou-se então como um novo campo global, embora de natureza multi e transdisciplinar. Bioética Global significa não apenas a adoção de uma ética universal, mas, também, a inclusão de todos os assuntos que se relacionam com as ciências da vida. Em um sentido amplo, esta visão está associada à essência da dimensão prática da medicina e da biomedicina, ou seja, a um conjunto de normas éticas inerentes a qualquer profissão da saúde”.

Nessa toada, a *Teoria Principlista ou Principlismo* de Beauchamp & Childress (1994) configurou-se em um instrumento aplicável aos dilemas éticos advindos dos avanços científicos, em especial na medicina. Os quatro pilares que embasam o Principlismo são: respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A autonomia resguarda o respeito pela vontade, pela capacidade de pessoas autônomas tomarem decisões (Nunes, 2017, p. 47-50); a beneficência proporciona benefícios e pondera benefícios contra riscos e custos; a não maleficência refere-se a prevenir e não causar dano ao outro; e a justiça preconiza tratar cada indivíduo de forma adequada, de acordo com o que é necessário (Bettini-Pereira, Nunes & Blascovi-Assis, 2015), distribuir benefícios, riscos e custos de forma justa (Beauchamp & Childress, 1994).

Das teorias éticas, o *consequencialismo* é referido quando há ênfase no resultado de uma ação, se esta é certa ou errada e se o resultado é bom ou mau. O princípio da utilidade é

um princípio fundamental da ética e está intrínseco à teoria Utilitarista. Para os utilitaristas, a teoria denota o que acontece na justificação da vida cotidiana; o que devemos fazer ponderando os fins e os meios, e considerando as necessidades de todos (Beauchamp & Childress, 2002). É o critério último do certo e do errado. As normas determinam quais atos são certos e errados (utilitarismo das regras), enquanto circunstâncias particulares recorrem ao princípio da utilidade (utilitarismo das ações). Como exemplificação do utilitarismo das ações, temos o caso do ex-governador do Colorado, Richard Lamm, que fez a seguinte observação: “em vista dos custos crescentes da assistência médica, o doente terminal tem o dever de morrer e liberar o caminho com todas as nossas máquinas e corações artificiais e tudo mais” (Beauchamp & Childress, 2002, p. 67).

Para o médico Worthington Hooker, do século XIX, que era partidário do utilitarismo das regras, a saúde do paciente pode ser favorecida mediante uma fraude. Todavia, acredita que esse uso corrente na medicina teria efeito negativo: “o bem que se pode fazer por meio de um ato fraudulento em alguns poucos casos não é quase nada comparado ao mal que se faz em muitos casos... Em contrapartida, os partidários do utilitarismo das ações consideram que o utilitarismo das regras não corresponde fielmente ao princípio da utilidade que é maximizar o valor, pois, há circunstâncias em que agir de acordo com a regra que geralmente é benéfica não se revelará o mais benéfico para as pessoas afetadas pela ação” (*apud* Beauchamp & Childress, 2002, p. 66-67). Já para J. J. C. Smart (1968), entre nunca adotar uma regra ou adotá-la sempre pode estar a 3ª via, que é obedecer às regras apenas às vezes. Por exemplo, os médicos podem não dizer sempre a verdade aos seus pacientes, para que eles mantenham a esperança.

Em uma análise construtiva do utilitarismo, observa-se que o princípio da utilidade tem importante aplicabilidade nas políticas públicas, pois impõe uma avaliação do interesse de todos e uma escolha imparcial que maximize os resultados. Uma visão utilitarista é determinante na saúde pública, quando estão em causa interesses coletivos relevantes. Por exemplo, a vacinação universal para a COVID-19 é não apenas fundamental para uma pessoa em concreto, mas para o conjunto da população, dado que ao obter imunidade de grupo ficarão todos protegidos, otimizando, assim, o princípio da utilidade pública.

Por outro lado, o pensamento ético de Immanuel Kant moldou a teoria kantiana, na qual as ações certas ou erradas são determinadas por suas características, e não apenas suas consequências; mormente pelas intenções do agente moral. Para Kant, o motivo da ação de uma pessoa tem de provir de um reconhecimento de que ela deseja aquilo que é moralmente exigido (Beauchamp & Childress, 2002). A ética Kantiana está na base da ética profissional da medicina

e restantes profissões da saúde, traduzida nos códigos de ética médica, de que o código do Conselho Federal de Medicina é um bom exemplo (CFM, 2018).

No livro *The Principles of Biomedical Ethics* (2013), Beauchamp & Childress buscaram conceituar os termos justiça e justiça distributiva, utilizando termos como equidade, mérito e prerrogativas. Os conceitos firmados consideram a justiça como uma forma de garantir o que é adequado ou devido às pessoas, enquanto a justiça distributiva é empregada para designar uma adequada distribuição de benefícios e encargos por meio de normas que organizam as relações sociais. Entre os benefícios e encargos, afirmou Monteiro (2019), estão as propriedades, os recursos, os privilégios e as oportunidades.

Sobre um princípio formal da justiça, Aristóteles (384-322 a.c.), na obra *Ética a Nicômaco*, Livro V, defendeu que os “indivíduos iguais devem ser tratados igualmente e os indivíduos desiguais devem ser tratados desigualmente, na medida de sua desigualdade” (Cunha, 2017, p. 8).

Ser parte do todo, ter igualdade de oportunidades e vivenciar o direito às liberdades fundamentais é que faz do indivíduo cidadão em uma sociedade mais igualitária e solidária. Sassaki (2005) define que “a inclusão social consiste em adequar os sistemas sociais gerais da sociedade de tal modo que sejam eliminados os fatores que excluam certas pessoas do seu seio e mantenham afastadas aquelas que foram excluídas. A eliminação de tais fatores deve ser um processo contínuo e concomitante com o esforço que a sociedade deve empreender no sentido de acolher todas as pessoas, independentemente de suas diferenças individuais e das suas origens na diversidade humana. Pois, para incluir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada a partir do entendimento de que ela é que precisa ser capaz de atender as necessidades de seus membros” (*apud* Teixeira, 2010, p. 24).

Em se tratando da aplicação da ética da justiça é necessário, pois, diferenciar inclusão e integração. A inclusão requer aceitação social. A integração se dá por determinação, segundo regras impostas. Uma ordem judicial, por exemplo, que determina a integração de uma pessoa HIV positivo em um clube não conseguirá alcançar a inclusão social dessa pessoa entre os que lá frequentam. A inclusão exige mudança no pensar da sociedade, sendo a melhor forma a transformação por meio de políticas sociais (Teixeira, 2010). É por meio da educação transformadora que os indivíduos de uma sociedade aprendem a conviver e respeitar as diferenças.

1.1 O princípio da justiça, uma teoria da justiça

Platão entendia que o justo era que cada um cumprisse o que lhe era propriamente determinado. Para Aristóteles, seu seguidor, podem existir, no homem, duas disposições distintas para a mesma definição de justiça: a justiça legal e a justiça particular (Santos, 2020). A justiça legal refere-se a tudo que é definido por lei, e a justiça particular está relacionada à igualdade, de forma que cada indivíduo receba o que lhe compete. Esta é a tradução de equidade pela “noção aristotélica de justiça corretiva, que retifica falhas geradoras de injustiças de modo a atender a cada um conforme suas necessidades, transcendendo inclusive aspectos legais” (Santos, 2020, p. 231). Mas esse pensamento não é absoluto: os indivíduos não são iguais dentro de uma sociedade por diversos fatores. O próprio Aristóteles defendeu que os indivíduos desiguais devem ser tratados desigualmente, na medida de sua desigualdade (Fortes, 2008), o que se aplica sob medida à questão das pessoas com deficiência, para que a elas sejam garantidas igualdade de oportunidades e inserção na sociedade.

A justiça é um princípio secular de convívio entre os seres humanos que se coloca na interface entre a ética individual e a ética coletiva; é a virtude da cidadania (Fortes, 2008). Para Rego et al. (2002), “A distribuição é um problema político, mas pode também ser apreciado como pertencente ao campo da filosofia se acreditarmos que todo cidadão tem direito a um nível adequado de desempenho físico e psicológico. A liberdade ética não pode outra forma ser alcançada”.

O direito à igualdade emerge, então, como *regra de equilíbrio dos direitos das pessoas portadoras de deficiência*. Conforme Luiz Alberto David Araujo (2003, *apud* Silva, 2011), “Toda e qualquer interpretação constitucional que se faça, deve passar, obrigatoriamente, pelo princípio da igualdade. Só é possível entendermos o tema de proteção excepcional das pessoas portadoras de deficiência se entendermos corretamente o princípio da igualdade”.

Segundo o filósofo norte-americano John Rawls (2016), no livro *Uma teoria da justiça*, de 1971, marco histórico na reflexão do princípio da justiça no século XX, a justiça é a virtude primeira das instituições sociais, assim como a verdade o é do pensamento. Está na base, aliás, do consenso mundial em torno da existência de um direito universal à saúde (Nunes, 2017).

“Por mais elegante e econômica que seja, deve-se rejeitar ou retificar a teoria que não seja verdadeira; da mesma maneira que as leis e as instituições, por mais eficientes e bem-organizadas que sejam, devem ser reformuladas ou abolidas se forem injustas. Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a sociedade pode

desconsiderar. Por isso, a justiça nega que a perda da liberdade de alguns se justifique por um bem maior desfrutado por outros. Não permite que os sacrifícios impostos a poucos sejam contrabalançados pelo número maior de vantagens de que desfrutam muitos. Por conseguinte, na sociedade justa as liberdades da cidadania igual são consideradas irrevogáveis; os direitos garantidos pela justiça não estão sujeitos a negociações políticas nem ao cálculo de interesses sociais” (Rawls, 2016, p. 4).

O objeto principal da justiça, portanto, é a distribuição dos direitos e dos deveres fundamentais, e a divisão de vantagens realizadas pelas instituições sociais. Esta perspectiva de um *transcendentalismo institucional* deve, como sugere Rui Nunes, ser complementada com uma visão de justiça global que potencie não apenas uma oportunidade efetiva de acesso aos diferentes bens sociais, mas a possibilidade de desenvolvimento de capacidades avançadas (*advanced capabilities*) nos diferentes domínios humanos (Nunes, 2020).

Ao buscar inserção no mercado de trabalho ou em um concurso público requerendo o benefício das cotas de vagas previsto em lei, destinado à pessoa com deficiência, o indivíduo está evocando o princípio da justiça, da equidade, segundo o pensamento Aristotélico (princípio da discriminação positiva/ação afirmativa). Entretanto, antes é necessário que se tenha a exata dimensão da alegada deficiência para que, ao contrário do que se pretende, não ocorra a ampliação das iniquidades. No caso de concurso público, o candidato com deficiência passará por perícia médica oficial para confirmação da deficiência alegada e avaliação da capacidade física e mental para o cargo proposto. A avaliação criteriosa da deficiência possibilita garantir direitos fundamentais e oportunidades para as pessoas que, de fato, apresentam deficiência, ao tempo em que coíbe tentativas de violação das normas por parte daqueles que se locupletam nas brechas das leis e nas fragilidades das políticas públicas. Seja para fins de passe livre, concurso público, vaga de emprego, isenção de impostos ou para auferir benefícios previdenciários, pessoas tentam fraudar documentos médicos, fazer simulações durante a perícia, ou tentam a todo custo fazer valer a deficiência dentro dos critérios definidos, quando na verdade não reúnem os critérios de enquadramento na legislação vigente.

A função do médico perito, na avaliação biopsicossocial da pessoa com deficiência, é determinar o diagnóstico consoante a CID e conjugá-lo com a CIF para quantificar a deficiência com fins de enquadramento legal e concessão dos benefícios requeridos.

1.2 Os princípios da beneficência e da não-maleficência

Avant & Swetz (2020) rememoram que a beneficência é o objetivo central da medicina, oriunda de Esculápio e Hipócrates, e ainda com referências à busca de Aristóteles da boa vida e ensinamentos fundamentais do Cristianismo, o conceito de beneficência evoca conotações de caridade, misericórdia, compaixão e bondade.

Segundo Beauchamp (2019), desde o final da década de 1970, os princípios da beneficência têm sido um esteio da literatura da ética médica. Profissionais engajados na prática médica, pesquisa e saúde pública reconhecem que os riscos de danos apresentados por intervenções devem, frequentemente, ser pesados contra os possíveis benefícios para pacientes, sujeitos e o público. Suas obrigações profissionais são reveladas por seus compromissos de prevenir ou reduzir danos e de produzir um saldo positivo de bens em relação aos danos infligidos.

No utilitarismo, John Stuart Mill argumenta que os filósofos morais deixaram uma série de teorias não convincentes e incompatíveis que podem ser coerentemente unificadas por um único padrão de beneficência, que nos permite decidir objetivamente o que é certo e errado (Beauchamp, 2019).

Para Kant (Beauchamp, 2019), todos têm o dever de ser benéfico, ou seja, de ser útil para os outros de acordo com seus próprios meios, sem esperar qualquer forma de ganho pessoal. A seu turno, William David Ross, nas três primeiras décadas do século XX, desenvolveu, num primeiro momento (*prima facie duties*), a ética dos deveres (Kipper & Clotet, 1998). Ross considera deveres de fidelidade, reparação, gratidão, justiça, beneficência, aperfeiçoamento pessoal, e não maleficência.

A beneficência desempenhou importante papel na questão conceitual central sobre a natureza e os objetivos da medicina como prática social. O fim da medicina em si mesmo é a cura, uma meta da beneficência; logo, a beneficência fundamenta e determina os deveres profissionais e as virtudes do médico. Para Edmund Pellegrino, a beneficência médica é orientada exclusivamente para a cura e prevenção de doenças ou lesões, e nenhuma outra forma de benefício (Beauchamp, 2019). De forma controversa a esta tese, a medicina não tem limites tão precisos, pois os médicos podem e devem fornecer muitas formas de benefício, não podendo ficar adstritos à cura.

Como se pode ver, o princípio da beneficência está intimamente relacionado à relação de assistência entre o médico e o paciente, na qual todo esforço deve ser no sentido de proporcionar bem-estar e respeitar a autonomia, a vontade do paciente, sem o autoritarismo do

paternalismo médico. O médico precisa observar e atender a vontade do paciente sem que isto incorra em graves prejuízos à saúde e à vida do próprio paciente.

Mas se pode perguntar o que significa hoje beneficência, fazer o bem, face a uma quantidade avassaladora de informação médica, e a dados científicos de uma magnitude sem precedentes. Do ponto de vista bioético, alguns autores, como Rui Nunes, têm sugerido uma versão moderna dos princípios éticos da beneficência e da não maleficência, indexando-os ao conceito de Medicina Baseada em Evidências (Nunes, 2003). Em outras palavras, a utilização de complexa metodologia de investigação científica, recorrendo a meta-análises e mesmo a mega meta-análises, permite gerar evidência credível sobre qual a melhor atuação médica junto dos pacientes. Trata-se, nesta perspetiva, de um notável contributo para redefinir as *leges artis* da profissão médica.

Para William Frankena (1973), para além de beneficência existe a obrigação da não maleficência, o dever de não infligir males ou dano, que teria mesmo precedência sobre as obrigações de beneficência: eliminar e impedir males ou danos e fazer ou promover o bem (*apud* Beauchamp & Childress, 2002).

O princípio da beneficência exige mais que o princípio da não maleficência, pois requer, do agente, uma conduta proativa para ajudar o outro, e não apenas deixar de causar danos.

Há uma relação entre regras morais e o princípio da beneficência positiva, no que tange: à proteção de direitos; ao dano; assistir as pessoas com incapacidades e a prestar socorro em situações de perigo.

Os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência são comumente aplicados na assistência à saúde, focados na relação médico-paciente. Entretanto, quando se trata de perícia médica para avaliação da pessoa com deficiência, a relação perita-periciando difere conceitualmente da relação médico-paciente; todavia, sem perder a obrigação de seguir os preceitos éticos. Não há justiça quando se nega, sem justificativa, um benefício a uma pessoa que faz jus ou que a ela seja cobrado algum ônus indevidamente (Epiphanyo & Vilela, 2009).

O médico perito é designado por autoridade competente, escolhido dentre os médicos regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina ou por concurso público para realizar a perícia médica. O médico assistente é escolhido pelo paciente e a relação médico-paciente é baseada na confiança, diferentemente da relação com o perito, na qual o periciando não guarda a mesma empatia e confiança. Quando o paciente procura um médico para se tratar, ele busca a cura ou o alívio para seu sofrimento. Quando o periciado é intimado a se submeter ao exame

médico pericial, ele não conhece o perito e não o escolheu; passando a ter desconfiança e receio de que seu pleito não seja deferido em decorrência do que concluir o perito sobre o seu caso. O médico assistente precisa ter conhecimento sobre sua especialidade, indicar o diagnóstico e definir a terapêutica. Enquanto isso, o perito precisa ter conhecimento também sobre a legislação aplicada, e não pode indicar tratamentos para o periciado, embora faça o diagnóstico.

Almeida (2011) realizou uma pesquisa com 458 médicos peritos previdenciários para verificar em que medida consideram os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça em sua interação com os periciados, e em relação à aplicação das normas previdenciárias. A pesquisa evidenciou, dentre os 118 que responderam ao questionário estruturado (Kwiksurvey), que 79,66% (94/118) mostraram-se preocupados com a justiça; 19,49% (23/118) com o princípio da não maleficência; 1,69% (2/118) com a beneficência; e nenhum com autonomia. Destaca-se, dentre as respostas à questão aberta da pesquisa, a seguinte manifestação: “Somos peritos e como tal temos de agir dentro da ética que norteia nossa função. Preservar o que é justo concedendo benefícios a quem realmente tenha direito e procurar não beneficiar os que tentam burlar a lei. Somos regidos por normas e leis e delas não podemos nos esquivar. Não há que se realizar benevolências com recursos da autarquia que é decorrência da contribuição de todos os cidadãos brasileiros envolvidos no desenvolvimento socioeconômico e cultural de nossa pátria” (Almeida, 2011, p. 280).

A distribuição natural dos bens não é justa ou injusta; nem é injusto que os homens nasçam em algumas condições particulares dentro da sociedade. Estes são simplesmente fatos naturais. O que é justo ou injusto é o modo como as instituições sociais tratam desses fatos, afirmou John Rawls, em *A Theory of Justice* (2016). Esse institucionalismo transcendental proposto John Rawls tem, porém, diferentes consequências práticas. Permite, por exemplo, no âmbito da saúde, desenhar mecanismos de priorização segundo os quais os recursos destinados a este setor são hierarquizados de acordo com as necessidades efetivas dos doentes (Nunes, 2014). Por outro lado, esta visão da igualdade equitativa de oportunidades acaba por se estender a todas as funções sociais do Estado, incluindo a proteção e integração de pessoas com deficiência (Nunes, 2018).

Eis onde reside a importância das políticas públicas, da legislação específica consolidada, além da educação da sociedade no alcance da almejada equidade e sociedade justa.

O princípio da beneficência positiva é aplicado, na perícia médica, na medida em que o Experto aplica a correta técnica forense à luz da legislação vigente.

Quando o médico perito age de forma diversa, na tentativa de *ajudar* o periciado, emite um laudo tendencioso que não retrata a verdade dos fatos, e estão postos o conflito bioético e a afronta ao Código de Ética Médica.

A autonomia do médico caminha *pari passu* com os preceitos éticos e normativos legais vigentes no país. É preciso considerar que, em algumas situações e a depender do texto legal, pode o médico seguir a legislação e agir de forma antiética; por outro lado, descumprir a lei no exercício da profissão é considerado falta ética segundo o Código de Ética Médica (CFM, 2018). A autonomia do paciente, no caso da perícia médica, do periciado, está posta quando o perito esclarece todo ato médico, que o seu relato ficará público nos autos e suas implicações para o magistrado. É preciso compreender que todo benefício está regido por uma legislação que lhe confere direitos. O periciado, então, exerce a sua autonomia de escolha em ser ou não submetido ao exame médico-pericial.

A decisão autônoma é uma livre escolha, despojada de influência externa, na qual o indivíduo tem perfeita compreensão das circunstâncias envolvidas e das consequências de sua escolha (Taylor, 2013).

Postos os princípios da beneficência e da não-maleficência, torna-se importante compreender o conceito de deficiência.

Durante muitos anos, as pessoas com deficiência têm sido desrespeitadas em seus direitos fundamentais e sofrido com a discriminação e falta de oportunidades para viver em sociedade usufruindo de suas liberdades e possibilidade de desenvolver suas potencialidades. Ao contrário, ações assistencialistas prejudicam o desenvolvimento de políticas inclusivas e de oportunidades de reabilitação.

As ações afirmativas foram concebidas em 1965, nos Estados Unidos da América, com o objetivo de favorecer grupos minoritários no alcance dos direitos fundamentais (Vieira, 2011).

No Brasil, a Carta Magna de 1988 trouxe vinte referências no texto constitucional acerca da garantia dos direitos da pessoa com deficiência e promoção da inclusão social para que possam usufruir em condições de igualdade com os demais indivíduos (Brasil, 1988a). Contudo, a realidade no Brasil aponta para situações extremas de discriminação contra a pessoa com deficiência e exclusão social e de seus direitos fundamentais (RAIS, 2014).

1.3 Definição de Deficiência e Tipologia Clínica

Ricardo Tadeu Marques da Fonseca, em artigo sobre a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, afirma que o conceito de pessoa com deficiência “[...] é revolucionário, porque defendido pelos oitocentos representantes das organizações não governamentais presentes nos debates, os quais visavam à superação da conceituação clínica das deficiências (as legislações anteriores limitavam-se a apontar a deficiência como uma incapacidade física, mental ou sensorial). A intenção acatada pelo corpo diplomático dos Estados-membros, após longas discussões consiste no deslocamento do conceito para a combinação entre esses elementos médicos com fatores sociais, cujo efeito é determinante para o exercício dos direitos pelos cidadãos com deficiência. Evidencia-se, então, a percepção de que a deficiência está na sociedade, não nos atributos dos cidadãos que apresentem” (Fonseca, 2008, *apud* Laraia, 2009, p. 90).

Importante destaque deve ser dado ao que Fonseca dispõe sobre a combinação entre os elementos médicos com fatores sociais no conceito de deficiência, pois não é possível determinar o impedimento, o déficit funcional, sem o diagnóstico médico conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID. Então, a partir do déficit funcional e da análise do contexto social e ambiental é que será possível avaliar a pessoa com deficiência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com Post (2012), traz as seguintes definições importantes para este estudo:

- Deficiência (*Impairment*): Qualquer perda ou anormalidade na estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.
- Incapacidade (*Disability*): Qualquer restrição ou falta (decorrente de deficiência) de capacidade de realizar uma atividade de maneira ou dentro de uma faixa considerada normal par um ser humano.
- Desvantagem (*Handicap*): Uma desvantagem para um determinado indivíduo, resultante de uma deficiência ou incapacidade que limita ou impede o cumprimento de uma função que é normal, dependendo da idade, sexo, fatores sociais e culturais desse indivíduo.

Sobre capacidade laborativa, esta é definida como a condição física e mental para desempenho de atividade laboral. É a condição de saúde exigida para habilitar o trabalhador ao exercício do cargo, função ou emprego. O trabalhador é considerado capaz para exercer

determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho (Zoccratto *et al.*, 2013).

Portanto, nem toda deficiência é incapacitante. Uma forma anormal do globo ocular que impede a luz de focar adequadamente na lente é uma deficiência, mas se a pessoa afetada pode ver perfeitamente bem com óculos ou lentes de contato e realizar as mesmas atividades que outras pessoas podem, essa deficiência não é incapacitante (Post, 2012). O conceito de deficiência está intimamente relacionado aos conceitos de doença e saúde. A deficiência foi definida como uma restrição desvantajosa causada por deficiência na capacidade de realizar atividades humanas normais ou de realizá-las dentro da faixa normal. Como as doenças são um subconjunto de impedimentos, muitas delas são causas de deficiência, desde que representem uma desvantagem para as pessoas que as têm. Assim, uma infecção é tanto uma doença quanto uma deficiência, e pode causar incapacidade (temporária ou permanente), ao reduzir de forma desvantajosa a capacidade de uma pessoa afetada de realizar atividades humanamente normais. Deficiência sem doença ativa, como a ausência de um membro, também pode causar incapacidade. Post (2012) ainda afirma que não há uma definição de deficiências, e compreender os conceitos oferecidos pela OMS que abriram esse subtítulo têm tido grande importância.

1.3.1 Tipologia Clínica da Deficiência

I - Deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções, conforme o Decreto nº 5.296, de 2004 (Brasil, 2004).

II - Deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz (Brasil, 2004).

III - Deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da

medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (Brasil, 2004).

IV - Deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências (Brasil, 2004).

Não é possível, portanto, excluir do conceito de deficiência a causa do impedimento, ou seja, o diagnóstico médico, da mesma forma que é imprescindível a análise do contexto social e do ambiente no qual está inserida a pessoa com deficiência.

Fundamentada em Pfeiffer (2002), Bernardes (2016) aponta nove tipos de modelo social: a) Modelo social do Reino Unido ou britânico; b) Modelo de minoria oprimida; c) Versão social construtivista dos Estados Unidos; d) Versão do impedimento; e) Versão da vida independente; f) Versão pós-moderna; g) Versão *continuum*; h) Versão da variação humana; i) Versão da discriminação. Entre estes tipos, aprofundam-se apenas o modelo social britânico e o de minoria oprimida em razão da natureza de sua pesquisa.

A mesma autora explica o modelo social britânico a partir do entendimento de que a deficiência tem relação direta entre a pessoa e ambiente social, que exclui os que apresentam determinadas características, sejam elas físicas, sensoriais, intelectuais ou mentais dos mais importantes domínios da vida em sociedade. Neste modelo, os ambientes e a atividade social organizada contribuem para impedir ou restringir as pessoas com deficiência, além de existir uma segregação deliberada dessas pessoas.

Neste estudo, entende-se o modelo social de minoria oprimida como aquele em que as pessoas com deficiência sofrem discriminação e segregação impostas por barreiras sensoriais, de comportamento, cognição, físicas e econômicas. Para Bernardes (2016, p. 25), “o princípio

central desse paradigma é que, a despeito do caráter político, econômico ou religioso da sociedade na qual estão vivendo, as pessoas com deficiência são sujeitas à opressão e a atitudes sociais negativas que inevitavelmente debilitam sua personalidade e seu status de cidadão pleno”.

Pfeiffer (2002) explica a versão social construcionista dos Estados Unidos levando em conta as diferenças entre as pessoas consideradas normais e aquelas com alguma diferença inesperada na interação social entre elas. Os considerados normais percebem a diferença como um estigma, e a construção social da identidade de pessoas é feita a partir da diferença, seja a diferença funcional, como o modo de andar, dificuldade para ouvir ou ver; a aparência do diferente ou mesmo seu comportamento. O autor pontua três objeções ao que chama de paradigma da deficiência social construcionista: “(1) a aceitação dos papéis sociais existentes dá aparência de objetividade e inevitabilidade à deficiência; (2) os papéis são baseados em julgamentos de valor quanto ao que é ‘bom’; e (3) é um modelo deficitário porque a pessoa com deficiência é responsabilizada por não conseguir cumprir seu papel social. Por outro lado, para muitas pessoas, faz sentido porque uma pessoa é descrita como portadora de deficiência. Ao mesmo tempo, tem utilidade limitada para pesquisa e para o apoio ao modelo” (Pfeiffer, 2002, p. 3).

A versão do impedimento (Bernardes, 2016) ou *impairment version*, que pode ser entendida como versão da incapacidade ou de deficiência é explicada por Pfeiffer (2002) a partir da afirmação de que é a deficiência que marca a diferença entre as pessoas consideradas normais e aquelas com deficiência. O modelo contesta que deficiência e incapacidade sejam construções sociais, sendo visto como modelo deficitário, já que a deficiência está na pessoa que a possui ou apresenta, mas “são as estruturas sociais que produzem a deficiência” (Pfeiffer, 2002, p. 4). Muitas organizações ou associações têm seu foco nas deficiências, como “a Muscular Dystrophy Association, a Cancer Society, a March of Dimes, a Easter Seals”, além de outras (Pfeiffer, 2002, p. 4).

A versão da vida independente enfatiza o direito fundamental da pessoa com deficiência fazer suas escolhas pessoais, e não que ela tenha um problema a ser corrigido. A versão enfatiza as barreiras sociais, a insuficiência dos serviços de apoio, além da “tentativa de controle pelos profissionais”, sendo necessário eliminar barreiras, ajudando e sendo útil na defesa dos direitos e em sua organização (Pfeiffer, 2002, p. 4).

Pfeiffer (2002) também pontua a existência de muitos nomes para a versão pós-moderna, que também é chamada de versão pós-estruturalista, versão humanística, versão

existencialista, entre outros. Nesta versão, a deficiência é um construto cultural e político, e precisa de ser desconstruído e decodificado para que seja possível estabelecer orientações básicas, considerando “suposições não declaradas sobre deficiência e pessoas com deficiência” (Pfeiffer, 2002, p. 4). Há argumentos de que “essa abordagem e seu produto não são compreensíveis pela maioria dos acadêmicos, muito menos pelo público em geral. Não adianta nada na organização e na defesa de direitos, mas certamente existem adeptos que a usam como base para seu trabalho” (Pfeiffer, 2002, p. 4).

A versão *continuum*, segundo Pfeiffer (2002), está implícita em todas as outras versões, e supõe-se a existência de um *continuum* a ser desativado, e que se acredita que ele será desativado. Contudo, o autor alerta que esta versão “não está totalmente desenvolvida, embora possa se tornar assim no futuro. É uma perspectiva útil da razão pela qual todos deveriam se preocupar com a discriminação com base na deficiência” (Pfeiffer, 2002, p. 4).

Pfeiffer (2002) atribui a criação da versão da variação humana a Kay Schriener e Richard Scotch em 1997 e 1998, mencionando Higgins, em seu trabalho de 1992. Nesta versão, embora haja semelhança entre as pessoas com deficiência e outros grupos oprimidos, a discriminação ocorre em função de sua grande variedade, e não somente por ser uma diferença. É a falha na padronização imposta pela sociedade que a faz incapaz de lidar com a complexidade de uma comunidade tão variada de deficientes. Contudo, Pfeiffer (2002) pontua dois problemas nesta versão: o excesso de apoio no conceito de normal, e entender políticas como tentativas de remediar a discriminação, quando são apenas declarações de direitos e um estatuto de direitos civis.

Segundo Pfeiffer (2002), a versão da discriminação possibilita uma extensa área para pesquisa, especialmente no ramo do direito. Os paradigmas anteriores, de acordo com o autor, baseiam-se em lógica e experiência, “mas uma pessoa com deficiência só se sente deficiente quando confrontada com a discriminação” que é o que reúne as outras versões. Pessoas com deficiência também têm seus direitos civis, e não ser discriminado garante igualdade, de acordo com Burgdorf (1997, conforme citado em Pfeiffer, 2002). As pessoas não devem ser vistas como pertencentes a certa classe protegida para não destruir as ideias de igualdade, mas todos devem receber igual proteção e justiça.

O modelo afirmativo ou de afirmação tem origem na ideia de *orgulho da deficiência*, e com base em Swain e French (2000), que propuseram o modelo. Bernardes (2016, p. 32) afirma que é uma visão não trágica da deficiência e do impedimento, “que engloba identidades sociais positivas, tanto individuais como coletivas, baseadas nos benefícios de um estilo de vida

de quem tem um impedimento ou deficiência”. Por exemplo, a comunidade surda tem-se referido progressivamente a uma *Identidade Surda*, e mesmo à surdez profunda como diferença e não deficiência (Nunes, 2006). Isto porque o recurso à língua gestual permite uma comunicação efetiva não verbal (visual) entre os surdos profundos, falando-se então da existência de um verdadeiro *Mundo Surdo*.

Bernardes (2016) também discorre sobre o modelo biopsicossocial, para o qual a ênfase é maior neste estudo, pois é o modelo que considera a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Deficiência (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo utilizado na avaliação das deficiências, e está mais detalhado no capítulo III desta tese. Contudo, é importante conceituá-lo para compreender sua utilização em detrimento dos outros modelos.

Segundo Bernardes (2016), fundamentada em Graça Pereira (1996), o modelo biopsicossocial teve seu surgimento como resposta ao modelo médico, considerado reducionista e dualista. Reducionista porque limita fenômenos complexos a apenas uma simples causa, e dualista por separar a parte mental da somática. “Conforme o modelo biopsicossocial desenvolvido por Engel (2012), o mundo é composto por um contínuo de sistemas que interagem em níveis diferentes. Estes níveis estão organizados hierarquicamente, desde partículas subatômicas, passando pelo indivíduo e terminando ao nível da biosfera. Para a teoria biopsicossocial, os fatores determinantes para a função e a saúde são compreendidos nas dimensões biológica, pessoal ou psicológica e social, buscando desenvolver uma compreensão relacional ou não-dualística do corpo” (Bernardes, 2016, p. 28). Ainda segundo a autora, a CIF “é apresentada como uma integração dos modelos médico e social, bem como definida como modelo biopsicossocial de deficiência. A deficiência (*disability*) é um termo genérico, que abrange impedimentos (*impairments*), limitação de atividade e restrição de participação. Um impedimento é um problema na função ou estrutura do corpo; uma limitação de atividade é uma dificuldade encontrada por um indivíduo na execução de uma tarefa ou ação; enquanto uma restrição de participação é um problema experimentado por um indivíduo ao se envolver em situações da vida” (Bernardes, 2016, p. 28). Ainda de acordo com a autora, “as definições de deficiência são derivadas dos modelos teóricos ora apresentados” (Bernardes, 2016, p. 34).

Assim, podemos compreender o modelo biopsicossocial, que conjuga CID e CIF, como mais abrangente e, portanto, mais adequado para a avaliação da deficiência, aprofundada no Capítulo III desta tese, conforme já mencionado.

PARTE II - Legislação Aplicada

CAPÍTULO II - A Legislação e a Avaliação da Pessoa com Deficiência

2.1 Benefícios, Direitos e Oportunidades: O Emaranhado Legal da Avaliação da Deficiência no Brasil

Objetivando avaliar a legislação brasileira em relação aos direitos e à concessão de benefícios para pessoas com deficiência, realizou-se uma revisão exploratória e integrativa. A partir de sítios oficiais do governo federal brasileiro, na rede mundial de computadores (www.planalto.gov.br, www.in.gov.br, www.normas.receita.fazenda.gov.br, www.receita.economia.gov.br e www.bvsmms.saude.gov.br, www.sit.trabalho.gov.br), foram selecionados os diplomas legais que se relacionam com os direitos das pessoas com deficiência. Esta metodologia foi adotada tendo em vista a inexistência de filtros de busca para este tipo de pesquisa, com análise através da leitura dos enunciados nos dispositivos legais, avaliando seu enquadramento ao objetivo da pesquisa. Após realizada a seleção, os textos foram agrupados quanto:

- a) a definição de deficiência/pessoa com deficiência;
- b) aos critérios definidos, específicos de avaliação da deficiência (a Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF e/ou a Classificação Internacional de Doença – CID);
- c) a saber se a avaliação da deficiência tem caráter biomédico ou biopsicossocial;
- d) a determinar se é realizada somente por médico ou é multiprofissional; e
- e) qual o órgão responsável pela avaliação da deficiência.

No estudo, verificou-se que, dentre as normas selecionadas, mormente as que dispuseram sobre determinados benefícios, elas não incorporaram critérios de enquadramento da pessoa com deficiência, nem parâmetros de avaliação no texto legal. Na sequência, apresenta-se o estudo de cada uma das leis.

Lei nº 7.070/1982: É garantida a pensão mensal especial e vitalícia aos portadores de Talidomida que a requerem. O grau de dependência em consequência da deformidade física é o critério utilizado para o cálculo do valor da pensão. Quanto à natureza, será atribuído um ou dois pontos para cada item: incapacidade para trabalho, deambulação, higiene pessoal e alimentação própria; conforme seja o grau de dependência parcial ou total. A percepção do benefício de que trata esta lei dependerá unicamente da apresentação de atestado médico comprobatório das condições necessárias ao enquadramento, passado por junta médica oficial para esse fim, constituída pelo Instituto Nacional de Previdência Social (Brasil, 1982). A Lei

no 8.686/1993 (Brasil, 1993) alterou o valor de reajuste da pensão especial a partir de 1º de janeiro de 2016, mediante a multiplicação do número total de pontos indicadores da natureza e do grau de dependência resultante da deformidade física, constante do processo de concessão, pelo valor de R\$ 1.000,00 (mil reais). Entretanto, a Lei nº 12.190/2010 (Brasil, 2010) concedeu indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida, que consistirá no pagamento de valor único igual a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), multiplicado pelo número dos pontos indicadores da natureza e do grau da dependência resultante da deformidade física.

Lei nº 7.713/1988: A lei determina isenção do imposto de renda os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço; e os percebidos pelos portadores de doenças assim relacionadas: moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (Brasil, 1988b).

Lei nº 8.112/1990: Garante reserva de 20% (vinte por cento) de vagas em concurso público para as pessoas com deficiência (Brasil, 1990). O cargo almejado deve ter atribuições compatíveis com a deficiência. O Decreto nº 3.298/99 (Brasil, 1999a) também regulamenta vagas em empregos e a Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência. O citado Decreto e a Lei definiram deficiência como toda a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Ainda, criou cinco categorias e dispôs os critérios clínicos de enquadramento: I. deficiência física; II. deficiência auditiva; III. deficiência visual; IV. deficiência mental e V. deficiência múltipla. Há previsão de reserva de no mínimo 5% das vagas para cargos e de empregos públicos em processos seletivos e certames no âmbito da administração pública federal direta e indireta, assegurada para pessoas com deficiência, conforme o Decreto nº 9.508/2018 (Brasil, 2018). A comprovação da deficiência declarada pelo candidato será feita por equipe multiprofissional formada por três profissionais capacitados nas áreas das deficiências que o candidato possuir, dentre os quais um deles deverá ser médico, e três profissionais da carreira a que concorrerá o candidato.

Lei nº 8.213/1991: Assegura que 2 a 5% das vagas de empresa com 100 (cem) ou mais empregados seja preenchida com pessoas reabilitadas ou com deficiência (Brasil, 1991a). A Lei nº 12.764/2012 (Brasil, 2012a) instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e definiu os critérios clínicos de enquadramento, sendo considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. A Instrução Normativa SIT/MTE nº 98/2012 (Brasil, 2012b) instituiu normas de inclusão no trabalho das pessoas com deficiência e de pessoas reabilitadas para os procedimentos de fiscalização, tomando como base para caracterização da condição o Decreto nº 3.298/99 (Brasil, 1999a).

Lei nº 8.383/1991: Para pessoa com deficiência física, atestada pelo Detran Estadual, cujo laudo de perícia médica especifique (Brasil, 1991b), a lei isenta o Imposto sobre Operações Financeiras na aquisição de automóveis de passageiros fabricados no território nacional de até 127 HP (cento e vinte e sete *horse-power*) de potência bruta, segundo a classificação normativa da *Society of Automotive Engineers* (SAE), e os veículos híbridos e elétricos.

Lei nº 8.989/1995 (Brasil, 1995, alterada pela Lei nº 10.690/03 - Brasil, 2003a): Isenta as pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas, do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) automóveis de passageiros de fabricação nacional, equipados com motor de cilindrada não superior a 2.000 cm³ (dois mil centímetros cúbicos), de no mínimo 4 (quatro) portas, diretamente ou por intermédio de seu representante legal.

São consideradas pessoas com deficiência para fins de concessão do benefício aquelas que apresentam, de forma parcial ou completa, comprometimento de funcionalidade sob forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida. Não são consideradas as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para desempenhar atividades.

Conforme a Instrução Normativa RFB nº 1.769/2017 (Brasil, 2017), fica isenta do IPI na compra de veículos por pessoa com deficiência de acordo com laudo de avaliação da deficiência elaborado por médico do serviço público de saúde que deve ser anexado ao Sistema de Concessão Eletrônica de Isenção de IPI/IOF da Secretaria da Receita Federal. A Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2/2003 (Brasil, 2003b) dispôs sobre os critérios de caracterização de pessoas com deficiência mental, cuja condição será atestada em conjunto por médico e psicólogo, com preenchimento dos formulários específicos fornecidos pela Secretaria da Receita Federal ou pelos órgãos e instituições por ela definidos. A base de classificação do

impedimento de longo prazo será por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), contemplando única e exclusivamente os níveis severo/grave ou profundo da deficiência mental, e para autismo deverão ser utilizados os critérios diagnósticos baseados na CID - 10 e no DSM - IV - Manuais Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais.

Lei nº 10.048/2000 (Brasil, 2000a): As pessoas com deficiência, idosos, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo e obesos têm garantia de atendimento prioritário (Brasil, 2015a).

Lei nº 10.050/2000 (Brasil, 2000b): Ao filho órfão portador de deficiência que o impossibilite para o trabalho, o Código de Processo Civil assegura benefício de pensão. A Lei nº 13.183/2015 (Brasil, 2015b) dispôs que o direito à pensão por morte do segurado cessará para o filho, a pessoa a ele equiparada ou o irmão, de ambos os sexos, ao completar vinte e um anos de idade, salvo se for inválido ou tiver deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave. A Lei nº 13.135/2015 (Brasil, 2015c) estabeleceu que compete aos ocupantes do cargo de Perito Médico da Previdência Social e, supletivamente, aos ocupantes do cargo de Supervisor Médico-Pericial, no âmbito do Instituto Nacional de Seguro Social e do Ministério da Previdência Social, o exercício das atividades médico-periciais inerentes ao Regime Geral de Previdência Social e, em especial, à caracterização de invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais.

Lei nº 11.692/2008 (Brasil, 2008a): O Projovem - Programa Nacional de Inclusão de Jovens, é destinado aos jovens de 15 (quinze) a 29 (vinte e nove) anos e tem o objetivo de promover sua reintegração ao processo educacional, sua qualificação profissional e seu desenvolvimento humano. Os jovens com deficiência têm garantida à efetiva participação no Projovem por meio das seguintes modalidades: Projovem Adolescente – Serviço Socioeducativo; Projovem Urbano; Projovem Campo – Saberes da Terra; e Projovem Trabalhador.

Lei nº 12.711/2012 (Brasil, 2012c): Em cada instituição federal de Ensino Superior, as vagas que serão preenchidas, por curso e turno, por autodeclarados pretos, pardos e indígenas e por pessoas com deficiência, nos termos da legislação, em proporção ao total de vagas no mínimo igual à proporção respectiva de pretos, pardos, indígenas e pessoas com deficiência na população da unidade da Federação onde está instalada a instituição, segundo o último censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. O Decreto nº 7.824/12 (Brasil, 2012d) regulamentou a lei e dispôs que a forma de comprovação ocorrerá nos termos da legislação vigente.

Lei nº 12.587/2012 (Brasil, 2012e): Instituiu as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana, outorgando 10% de vagas para Condutor com deficiência, incluída pela Lei nº 13.146/2015 (Brasil, 2015a).

Lei nº 12.933/2013 (Brasil, 2013a): Farão jus ao benefício da meia-entrada às salas de cinema, cineclubes, teatros, espetáculos musicais e circenses, eventos educativos, esportivos, de lazer e de entretenimento, em todo o território nacional, pessoas com deficiência, inclusive seu acompanhante, quando necessário, tendo este idêntico benefício no evento em que comprove estar nessa condição. O Decreto nº 8.537/15 (Brasil, 2015d) regulamentou a Lei nº 12.933/2013 (Brasil, 2013a), e conferiu o direito à meia-entrada para acesso aos eventos elencados das pessoas com deficiência, em consonância com a Lei Brasileira de Inclusão.

Lei Complementar nº 142/2013 (Brasil, 2013b): Assegura a concessão de aposentadoria pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS) ao segurado com deficiência, observadas as seguintes condições: I - aos 25 (vinte e cinco) anos de tempo de contribuição, se homem, e 20 (vinte) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência grave; II - aos 29 (vinte e nove) anos de tempo de contribuição, se homem, e 24 (vinte e quatro) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência moderada; III - aos 33 (trinta e três) anos de tempo de contribuição, se homem, e 28 (vinte e oito) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência leve; ou IV - aos 60 (sessenta) anos de idade, se homem, e 55 (cinquenta e cinco) anos de idade, se mulher, independentemente do grau de deficiência, desde que cumprido tempo mínimo de contribuição de 15 (quinze) anos e comprovada a existência de deficiência durante igual período. A avaliação será médica e funcional, e o regulamento do Poder Executivo definirá as deficiências grave, moderada e leve para os fins desta Lei Complementar. O Decreto nº 3.048/99 (Brasil, 1999c) dispôs que, para o exercício de suas competências, o INSS terá acesso às informações do segurado relativas aos períodos em que tenha sido registrada deficiência leve, moderada ou grave, identificada em decorrência de avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar (redação dada pelo Decreto nº 10.410/20 – Brasil, 2020a), para fins de reconhecimento e manutenção de direitos. O Decreto nº 8.145/13 (Brasil, 2013c) dispôs sobre as competências da perícia do INSS para fins de concessão de aposentadoria para pessoa com deficiência: I - avaliar o segurado e fixar a data provável do início da deficiência e o seu grau; e II - identificar a ocorrência de variação no grau de deficiência e indicar os respectivos períodos em cada grau. A comprovação da deficiência anterior à data da vigência da Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013 (Brasil, 2013b), será instruída por documentos que subsidiem a avaliação médica e funcional, vedada a prova

exclusivamente testemunhal. Ainda, a avaliação da pessoa com deficiência será realizada para fazer prova dessa condição exclusivamente para fins previdenciários.

Lei nº 8.899/1994 (Brasil, 1994): É concedido passe livre no sistema de transporte coletivo às pessoas com deficiência comprovadamente carentes. O Decreto nº 3.691/00 (Brasil, 2000c) regulamentou a lei e determinou que as empresas permissionárias e autorizatárias de transporte interestadual de passageiros reservarão dois assentos destinados ao serviço convencional para ocupação de pessoa com deficiência, e outras previstas na Lei. A Portaria nº 502/2009 (Brasil, 2009a) instituiu o Atestado da Equipe Multiprofissional para a Identificação das Pessoas com Deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) para concessão do Passe Livre.

O acompanhante do beneficiário do Programa Passe livre também faz jus ao Passe Livre, se houver comprovação da necessidade de sua presença para locomoção do beneficiário descrito em laudo médico e da hipossuficiência financeira do acompanhante, nos termos da Portaria Interministerial nº 3, de 10 de abril de 2001 (Brasil, 2001) e da Portaria nº 261, de 3 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012f). O benefício regulamentado pela Portaria GM nº 410/2014 (Brasil, 2014) aplica-se para o sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros, nos modais rodoviário, ferroviário e aquaviário.

- O Decreto nº 3.047/16 (Brasil, 2016) estabeleceu a concessão do Passe Livre, devendo ser considerados deficientes auditivos todos aqueles que comprovarem deficiência auditiva bilateral, parcial ou total, de 41dB ou mais, aferida por audiograma, considerando a média das frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

Foram encontradas trinta e três normas legais, das quais apenas três leis e dois decretos estão alinhados com o preconizado pela convenção dos direitos da pessoa com deficiência.

Conforme a Lei nº 7.070/1982 (Brasil, 1982), as pessoas com Talidomida têm direito à pensão especial desde que comprovado por meio de laudo médico comprobatório da dependência resultante da deformidade física e que gere incapacidade para o trabalho, para deambulação, higiene pessoal e para a própria alimentação. O segurado passará pela perícia médica do INSS e, ao que pese toda a repercussão social, não é necessária a avaliação biopsicossocial.

Da mesma forma, para comprovação do diagnóstico das doenças especificadas em lei para fins de isenção de imposto de renda, é necessário o preenchimento de um formulário próprio da Receita Federal, assinado por dois médicos especialistas e pelo diretor da instituição de saúde pública ou credenciada do SUS, sem avaliação biopsicossocial. Quando se trata de isenção de IOF nas operações de financiamento de automóveis de passeio, a Lei nº 8.383/1991

(Brasil, 1991b) contemplou a pessoa com deficiência física, condição que deverá ser comprovada pelo DETRAN estadual, em perícia médica que a especifique; ocorrendo o mesmo para isenção de IPI, conforme Lei nº 8.989/1995 (Brasil, 1995). Isso também é observado no caso de concurso público, sendo garantido percentual de 20% das vagas destinadas às pessoas com deficiência, previsto na Lei nº 8.112/1990 (Brasil, 1990), regulamentada pelo Decreto nº 3.298/99 (Brasil, 1999a), cujos critérios de enquadramento da pessoa com deficiência se baseiam em alteração de estrutura corporal ou sensorial. Com atestado ou relatório médico onde consta a CID, resta comprovada a deficiência. Em contrapartida, por força do Decreto nº 9.508/2018 (Brasil, 2018), há reserva de 5% das vagas para cargos e empregos públicos, a serem ofertados em concurso público, para pessoa com deficiência. No ato da inscrição, deverá o candidato comprovar sua condição de deficiente por meio de avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional, diferentemente do previsto no Decreto nº 3.298/99 (Brasil, 1999a).

A Lei Complementar nº 142/2013 (Brasil, 2013b), que trata da aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do RGPS, hierarquicamente superior às leis ordinárias, decretos e portarias, traz em seu texto o conceito hodierno de pessoa com deficiência, e estabeleceu que a avaliação da deficiência será médica e funcional (CID/CIF), sendo o grau da deficiência atestado por perícia do INSS. Observou-se, no entanto, que o Decreto nº 3.048/99 (Brasil, 1999c), que dispôs sobre o Regulamento da Previdência Social, com a modificação imposta pelo Decreto nº 10.410/2020 (Brasil, 2020a), passou a determinar que a avaliação da deficiência seja biopsicossocial e multiprofissional, diferente do preconizado pela já referida Lei Complementar. A seu turno, o Decreto nº 8.145/2013 (Brasil, 2013c) também adotou o conceito atual de deficiência, com avaliação médica e funcional da deficiência realizada por perícia própria do INSS. Nesse sentido, as normas se contrariam e não seguem a hierarquia da pirâmide de Hans Kelsen – Teoria Pura do Direito, pois os decretos diferem da Lei Complementar.

A Lei nº 8.899/1994 (Brasil, 1994), que assegura o direito ao Passe Livre para as pessoas com deficiência e comprovadamente carentes, não estabeleceu a necessidade de avaliação da deficiência e nem critérios de caracterização da pessoa com deficiência. Todavia, o Decreto nº 3961/20 (Brasil, 2020b), que regulamenta a lei, faz referência ao Decreto nº 10.048/00 (Brasil, 2000a), alterado pela Lei nº 13.146/15 (Brasil, 2015a), que dispôs sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Sobre o Passe Livre, ainda, a Portaria MS nº 502/09 (Brasil, 2009a) instituiu o Atestado da Equipe Multiprofissional para Identificação das Pessoas com Deficiência no SUS, com avaliação médica e funcional. Situação semelhante observa-se

com a Portaria GM nº 410/2014 (Brasil, 2014) e Decreto nº 3.047/2016 (Brasil, 2016), que trazem como fundamento a avaliação médica e funcional, conforme o contido no Decreto nº 3.298/99 (Brasil, 1999a).

O percentual de vagas de mobilidade urbana é assegurado à pessoa com deficiência nos termos da Lei nº 13.146/2015 (Brasil, 2015a), assim como o benefício de meia-entrada para cinema, cineclubes, teatros, espetáculos musicais e circenses e eventos educativos, esportivos e de lazer, previsto pelo Decreto nº 8.537/15 (Brasil, 2015d).

A existência de vários direitos e benefícios para as pessoas com deficiência leva à necessidade de revisar, reformular e consolidar leis, decretos, portarias e instruções normativas sobre os direitos das pessoas com deficiência de forma uniforme. Essa tarefa carece de fundamentação técnico-científica razoável e coerente com o disposto na Constituição Federal Brasileira de 1988, com a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa Deficiente, e com a Lei Brasileira de Inclusão.

2.2 Lei Brasileira de Inclusão – LBI: Uma análise aplicada de correlação dos princípios bioéticos.

A LBI, em seus artigos primários, trouxe a regulamentação em consonância com o texto constitucional e com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Esta lei dispôs sobre alterações em artigos de outros dispositivos legais vigentes para evitar antinomias.

Dividido em títulos, capítulos e seções, o texto legal abordou: igualdade e não discriminação; direito à vida, à habilitação e à reabilitação, à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho, à assistência social, à previdência social, à cultura, esporte e lazer, ao transporte e à mobilidade; da acessibilidade; do acesso à informação e à comunicação; da tecnologia assistiva; do direito à participação na vida pública e política; da ciência e tecnologia; do acesso à justiça; do reconhecimento igual perante à lei; dos crimes e das infrações administrativas; da tutela, da curatela e da tomada de decisão apoiada. Os artigos seguiram, então, como se pode atestar, os princípios gerais da Convenção: o respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, a independência das pessoas, a não-discriminação, a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade, o respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade, a igualdade de oportunidades e a acessibilidade.

Conforme demonstrado nos quadros correspondentes, realizou-se uma análise aplicada de correlação dos princípios bioéticos.

Os artigos que garantem direitos consagrados correlacionam-se ao princípio da justiça; já os que contêm as ações afirmativas em benefício da pessoa com deficiência são, então, correlacionados à beneficência, enquanto e os artigos que previnem algum dano à pessoa aplicam-se à não maleficência.

Sempre que a independência e a liberdade de escolha estão capituladas, existe o princípio da autonomia.

Em alguns artigos, percebe-se a possibilidade de aplicar mais de um princípio, mas se buscou analisar, sob a perspectiva da constituição brasileira e dos objetivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o princípio bioético cujo conceito mais se aproximava de tais objetivos.

Avant & Swetz (2020) rememoram que a beneficência é o objetivo central da medicina, oriunda de Esculápio e Hipócrates, também com referências à busca de Aristóteles pela boa vida e ensinamentos fundamentais do Cristianismo, o conceito de beneficência evoca conotações de caridade, misericórdia, compaixão e bondade.

Elaborar uma lei para promover a inclusão social da pessoa com deficiência, garantindo o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades e sem discriminação é, pois, fazer o bem. Da mesma forma, também o são proteger a pessoa contra atos de negligência, violência; estabelecer estruturas e espaços com acessibilidade, saúde, educação e emprego de forma que essas pessoas possam exercer sua cidadania em plenitude, conforme é possível observar no quadro 1.

Quadro 1 – Análise aplicada de correlação ao princípio da Beneficência

BENEFICÊNCIA	
Artigo	Texto legal (LBI)
Art 1º	É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.
Art 5º	A pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante. Parágrafo único. Para os fins da proteção mencionada no caput deste artigo, são considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência.
Art 25	Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

Art 31	A pessoa com deficiência tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, com seu cônjuge ou companheiro ou desacompanhada, ou em moradia para a vida independente da pessoa com deficiência, ou, ainda, em residência inclusiva.
Art 32	Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, a pessoa com deficiência ou o seu responsável goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte: I – reserva de, no mínimo, 3% (três por cento) das unidades habitacionais para pessoa com deficiência; (...).
Art 35	É finalidade primordial das políticas públicas de trabalho e emprego promover e garantir condições de acesso e de permanência da pessoa com deficiência no campo de trabalho.
Art 39	Os serviços, os programas, os projetos e os benefícios no âmbito da política pública de assistência social à pessoa com deficiência e sua família têm como objetivo a garantia da segurança de renda, da acolhida, da habilitação e da reabilitação, do desenvolvimento da autonomia e da convivência familiar e comunitária, para a promoção do acesso a direitos e da plena participação social.
Art 40	É assegurado à pessoa com deficiência que não possua meios para prover sua subsistência nem de tê-la provida por sua família o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 .
Art 41	A pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) tem direito à aposentadoria nos termos da Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013 .
Art 43	O poder público deve promover a participação da pessoa com deficiência em atividades artísticas, intelectuais, culturais, esportivas e recreativas, com vistas ao seu protagonismo, devendo (...).
Art 44	Nos teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, locais de espetáculos e de conferências e similares, serão reservados espaços livres e assentos para a pessoa com deficiência, de acordo com a capacidade de lotação da edificação, observado o disposto em regulamento.
Art 45	Os hotéis, pousadas e similares devem ser construídos observando-se os princípios do desenho universal, além de adotar todos os meios de acessibilidade, conforme legislação em vigor.
Art 47	Em todas as áreas de estacionamento aberto ao público, de uso público ou privado de uso coletivo e em vias públicas, devem ser reservadas vagas próximas aos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade, desde que devidamente identificados.
Art 48	Os veículos de transporte coletivo terrestre, aquaviário e aéreo, as instalações, as estações, os portos e os terminais em operação no País devem ser acessíveis, de forma a garantir o seu uso por todas as pessoas.
Art 52	As locadoras de veículos são obrigadas a oferecer 1 (um) veículo adaptado para uso de pessoa com deficiência, a cada conjunto de 20 (vinte) veículos de sua frota.

Para Aristóteles, discípulo de Platão, no homem podem existir duas disposições distintas para a mesma definição de justiça: a justiça legal e a justiça particular. A primeira refere-se a tudo que é definido por lei, e a segunda está relacionada à igualdade, para que cada indivíduo receba o que lhe compete. Assim se traduz a equidade pela noção de justiça corretiva de Aristóteles, pois ela retifica falhas que geram injustiças para atender a cada um conforme o que necessita (Santos, 2020).

Garantir o livre exercício dos direitos constitucionais sem discriminação de qualquer natureza está previsto na Carta Cidadã de 1988. Entende-se, assim, que o que estiver previsto em outras normas legais vigentes devem, em princípio, estar correlacionado ao princípio da justiça. Assim, deve-se fazer com que cada pessoa com deficiência tenha condições de alcançar

os benefícios da lei, conforme as suas necessidades, de acordo com o quadro 2, na página seguinte.

Quadro 2 – Análise aplicada de correlação ao princípio da Justiça

JUSTIÇA	
Artigo	Texto Legal (LBI)
Art 4º	Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação. § 1º Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas.
Art 8º	É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico.
Art 14	O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência. Parágrafo único. O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.
Art 17	Os serviços do SUS e do Suas deverão promover ações articuladas para garantir à pessoa com deficiência e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social.
Art 18	É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.
Art 24	É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei.
Art 26	Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra a pessoa com deficiência qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte ou dano ou sofrimento físico ou psicológico.
Art 27	A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurados sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.
Art 30	Nos processos seletivos para ingresso e permanência nos cursos oferecidos pelas instituições de ensino superior e de educação profissional e tecnológica, públicas e privadas, devem ser adotadas as seguintes medida (...)
Art 34	A pessoa com deficiência tem direito ao trabalho de sua livre escolha e aceitação, em ambiente acessível e inclusivo, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.
Art 42	A pessoa com deficiência tem direito à cultura, ao esporte, ao turismo e ao lazer em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, sendo-lhe garantido o acesso (...)
Art 46	O direito ao transporte e à mobilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida será assegurado em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, por meio de identificação e de eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso.

Art 79	O poder público deve assegurar o acesso da pessoa com deficiência à justiça, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, garantindo, sempre que requeridos, adaptações e recursos de tecnologia assistiva.
Art 81	Os direitos da pessoa com deficiência serão garantidos por ocasião da aplicação de sanções penais.
Art 84	A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.
Art 92	É criado o Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Cadastro-Inclusão), registro público eletrônico com a finalidade de coletar, processar, sistematizar e disseminar informações georreferenciadas que permitam a identificação e a caracterização socioeconômica da pessoa com deficiência, bem como das barreiras que impedem a realização de seus direitos.

A autonomia é a célula máter da Bioética, por assim dizer, pois na sua ausência, todos os demais princípios estariam prejudicados. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos impõe que a autonomia do indivíduo deve ser respeitada. São princípios da referida Declaração: dignidade humana e direitos humanos; benefícios e danos; autonomia e responsabilidade individual; consentimento; pessoas incapazes de consentir; respeito pela vulnerabilidade humana e sua integridade pessoal; vida privada e confidencialidade; igualdade, justiça e equidade; não discriminação e não estigmatização; respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo; solidariedade e cooperação; responsabilidade social e saúde; compartilhamento dos benefícios; proteção das gerações futuras; proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade (Mabum & Marchetto, 2015).

A LBI salvaguardou a autonomia em seus artigos, conforme disposto no quadro 3.

Quadro 3 – Análise aplicada de correlação ao princípio da Autonomia

AUTONOMIA	
Artigo	Texto Legal (LBI)
Art 11	A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada. Parágrafo único. O consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela poderá ser suprido, na forma da lei.
Art 12	O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica. § 1º Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento. § 2º A pesquisa científica envolvendo pessoa com deficiência em situação de tutela ou de curatela deve ser realizada, em caráter excepcional, apenas quando houver indícios de benefício direto para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas com deficiência e desde que não haja outra opção de pesquisa de eficácia comparável com participantes não tutelados ou curatelados.
Art 36	O poder público deve implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse.
Art 37	Constitui modo de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho a colocação competitiva, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, na qual devem ser atendidas as regras de acessibilidade, o fornecimento de recursos de tecnologia assistiva e a adaptação razoável no ambiente de trabalho.

Art 53	A acessibilidade é direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social
Art 62	É assegurado à pessoa com deficiência, mediante solicitação, o recebimento de contas, boletos, recibos, extratos e cobranças de tributos em formato acessível
Art 63	É obrigatória a acessibilidade nos sítios da internet mantidos por empresas com sede ou representação comercial no País ou por órgãos de governo, para uso da pessoa com deficiência, garantindo-lhe acesso às informações disponíveis, conforme as melhores práticas e diretrizes de acessibilidade adotadas internacionalmente.
Art 65	As empresas prestadoras de serviços de telecomunicações deverão garantir pleno acesso à pessoa com deficiência, conforme regulamentação específica.
Art 68	O poder público deve adotar mecanismos de incentivo à produção, à edição, à difusão, à distribuição e à comercialização de livros em formatos acessíveis, inclusive em publicações da administração pública ou financiadas com recursos públicos, com vistas a garantir à pessoa com deficiência o direito de acesso à leitura, à informação e à comunicação.
Art 74	É garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida.
Art 85	A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial. § 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

Para além de beneficência, existe a obrigação da não maleficência, o dever de não infringir males ou dano, que teria mesma precedência sobre as obrigações de beneficência: eliminar e impedir males ou danos e fazer ou promover o bem (Beauchamp, 2019). Nesse sentido, a LBI resguardou o princípio da não maleficência, como demonstrado no quadro 4.

Quadro 4 – Análise aplicada de correlação ao princípio da Não Maleficência

NÃO MALEFICÊNCIA	
Artigo	Texto Legal (LBI)
Art 13	A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.
Art 19	Compete ao SUS desenvolver ações destinadas à prevenção de deficiências por causas evitáveis (...)
Art 23	São vedadas todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência, inclusive por meio de cobrança de valores diferenciados por planos e seguros privados de saúde, em razão de sua condição.
Art 90	Abandonar pessoa com deficiência em hospitais, casas de saúde, entidades de abrigamento ou congêneres (...)
Art 95	É vedado exigir o comparecimento de pessoa com deficiência perante os órgãos públicos quando seu deslocamento, em razão de sua limitação funcional e de condições de acessibilidade, imponha-lhe ônus desproporcional e indevido (...).

A Lei Brasileira de Inclusão, publicada em 6 de julho de 2015, que se apresenta em conformidade com o disposto na Constituição Federal de 1988 e com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, apresenta, em seus artigos, correlação com os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

2.3 Aspectos Legais da Concessão e Avaliação dos Direitos dos Deficientes na América Latina

Existem diferentes legislações específicas para pessoas com deficiência nos países da América Latina (Rocha, Fernandes & Nunes, 2020).

No Brasil, o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-BrA) é o instrumento utilizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para quantificar o grau de deficiência com vistas à concessão da aposentadoria especial à pessoa com deficiência.

Para compreender essas legislações diversas, realizou-se uma busca na internet com as expressões “*Ley para personas con discapacidad*”, e “*Calificación y evaluación de discapacidad*”, sempre acompanhada de “*en*” e o nome do país como, por exemplo: “*Ley para personas con discapacidad en Argentina*”, e “*Calificación y evaluación de discapacidad en Argentina*”.

À exceção de Cuba, foram encontrados dispositivos legais nos demais países pesquisados: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

A análise de cada legislação buscou identificar:

- a) a especificidade da garantia dos direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, consoante à Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência;
- b) a definição de deficiência/pessoa com deficiência;
- c) quais os critérios aplicados, se utiliza barema específico ou a Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF, ou ainda a Classificação Internacional de Doença – CID; e
- d) se a avaliação da deficiência tem caráter biomédico ou biopsicossocial; se é realizada somente por médico, multiprofissional, e quando realizada por médico, se há suporte de avaliação psicológica ou de assistente social quando necessário.

Os resultados e a discussão apresentados fundamentam-se na análise dos textos legais de países da América Latina sobre políticas públicas para as pessoas com deficiência, de acordo com os princípios da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e estão organizados por países, em ordem alfabética.

Argentina: A Lei nº 22.431/1981 (*Sistema de protección integral de las personas discapacitadas*) instituiu o Sistema de Proteção Integral dos Deficientes, cujo objetivo é estabelecer um sistema abrangente de proteção às pessoas com deficiência, tendendo a garantir seus cuidados médicos, educação e previdência social, bem como conceder-lhes franquias e incentivos que permitam neutralizar a desvantagem que a deficiência lhes causa. Também lhes dá oportunidade, através de seus esforços, de desempenhar um papel na comunidade equivalente ao das pessoas normais. A lei definiu que pessoa com deficiência é qualquer indivíduo que apresente alteração funcional física ou mental, de caráter permanente ou prolongada, que em decorrência da idade e do ambiente social enfrente consideráveis desvantagens na integração familiar, social, educacional ou profissional.

A Agência Nacional de Deficiência, dependente da Secretaria Geral da Presidência da Nação, atestará em cada caso a existência da deficiência, sua natureza e grau, bem como as possibilidades de reabilitação da pessoa afetada e indicará, considerando a personalidade e os antecedentes dos afetados, que tipo de trabalho ou atividade profissional pode ser realizada. O certificado emitido será chamado Certificado Único de Incapacidade, e credenciará totalmente a deficiência em todo o território nacional, em todos os casos em que for necessário invocá-la, exceto para aposentadoria e pensões, que têm legislação própria. A lei não traz especificação sobre critério de qualificação e nem sobre a valoração da deficiência (Argentina, 1981).

A Lei nº 20.475/1973 instituiu o Regime Especial para Incapacitados e estabeleceu regras especiais para cegos, aqueles afiliados aos Bancos Nacionais de Poupança Previdenciários afetados por uma diminuição física ou mental superior a 33%, que gozarão de aposentadoria comum com 20 anos de serviço e 45 anos de idade, quando trabalhavam em um relacionamento de dependência; ou 50 anos, como trabalhadores independentes, desde que certificassem com segurança que, durante os 10 anos imediatamente anteriores à cessação ou solicitação do benefício, prestaram serviços no estado de deficiência mencionado. A lei também não detalha como será avaliada a pessoa com deficiência (Argentina, 1973).

Bolívia: Este país editou a Lei nº. 223/2012, Lei Geral para Pessoas com Deficiência, e dentre suas finalidades está promover e garantir o pleno gozo de todos direitos humanos e liberdades fundamentais, em condições de igualdade, e promover o respeito à sua dignidade, com tratamento preferencial sob um sistema de proteção abrangente. A lei define deficiência como o resultado da interação da pessoa com deficiências de função física, mental, intelectual e / ou sensorial de longo prazo ou permanentes, com várias barreiras, psicológicas, sociais, culturais e comunicacionais que impedem a sua plena e efetiva participação na sociedade em

igualdade de condições com as demais. O corpo da lei dispõe sobre quatro níveis de gradação: Deficiência leve, que se refere a pessoas com sintomas, sinais ou sequelas existentes que justificam alguma dificuldade para realizar atividades da vida diária, mas são compatíveis com a prática de tais atividades; Deficiência moderada, que se refere à existência de uma diminuição importante da capacidade ou impossibilidade de realizar algumas atividades da vida diária, sendo independente para as atividades de autocuidado; Deficiência grave, quando há diminuição importante da capacidade ou impossibilidade de realizar a maioria das atividades da vida diária, podendo ser afetadas algumas das atividades de autocuidado, requerendo auxílio de outra(s) pessoa(s) para certas atividades; e Deficiência muito grave, quando há impossibilidade de realizar as atividades da vida diária e requer auxílio permanente de outra(s) pessoa(s) (Bolívia, 2012).

Publicada pelo Decreto Supremo 25851, a Lei nº 065 (Bolívia, 2000), Lei de Pensões, que aprovou a versão ordenada da Lei nº 1732 (Bolívia, 1996), tem por objetivo estabelecer a administração do Sistema Integral de Pensões, assim como as prestações e benefícios outorgados aos bolivianos e às bolivianas, sujeito às disposições da Constituição Política do Estado. Por meio do Art. 31, inciso K, determinou a contratação de serviços necessários para determinar se a invalidez do Segurado foi causada por risco comum ou profissional, e se é parcial, total e definitiva, de acordo com o manual único de classificação.

A avaliação e a classificação são realizadas por entidades seguradoras que prestam serviços ao seguro social obrigatório com pronta atuação em todas as localidades geográficas. A classificação do grau, origem, causa e data de invalidez, assim como a origem, causa e data de morte serão realizados por médicos habilitados pelo organismo de fiscalização, consoante o Manual de Normas de Avaliação e Classificação do Grau de Invalidez – MANECGI.

Avaliação para classificação é um conjunto de procedimentos médico-laborais que, a partir do diagnóstico médico, permite realizar a classificação do grau de invalidez, mediante uso do MANECGI. Para avaliação integral da perda da capacidade laboral e classificação da invalidez deverão ser considerados os componentes funcionais, biológicos (anátomo-funcionais), psíquicos e sociais do ser humano, entendidos como consequências de acidente ou de doença. Tais componentes são definidos da seguinte maneira: a) Variáveis independentes: Deterioração ou Deficiência, que corresponde a toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função anatômica, fisiológica ou psicológica, temporária ou definitiva, como representação de uma doença, e reflete as alterações em nível anátomo-funcional; e Deficiência, que corresponde a toda restrição ou perda de capacidade para realizar uma atividade dentro da forma

que se considera normal para um ser humano, produzida por uma deterioração, podendo ser temporária ou permanente, com diferentes graus de progressão e reversibilidade. Representa objetivamente como as alterações se refletem na pessoa. Na quantificação são aplicadas fórmula e tabela previstas. b) Variáveis dependentes: Situações de desvantagens causadas pela deterioração e deficiência geradas por acidente ou enfermidade que limitam ou restringem o indivíduo para o desempenho de um rol de atividades no seu caso, em função de gênero, idade, fatores sociais, culturais e ocupacionais. Representam a socialização da deterioração e da deficiência porque refletem as consequências culturais, socioeconômicas, ocupacionais e ambientais que são derivadas deles e alteram seu ambiente nas atividades da vida diária, atividades sociais e desvantagem ocupacional. c) Ajustes por efeito da idade e capacidade de autossuficiência econômica. Para a classificação da invalidez se estabelecem pontuações de 100 pontos.

Brasil: A primeira lei federal abrangente sobre a pessoa com deficiência no país foi a Lei nº 7.853 (Brasil, 1989), regulamentada pelo Decreto nº 3.298 (Brasil, 1999a). A lei dispôs sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, e instituiu a tutela jurisdicional de interesses coletivos dessas pessoas. A educação especial foi assegurada pela Lei n. 9394/1996. Ainda há as Leis nºs 10.048 (Brasil, 2000a) e 10.098 (Brasil, 2000d), e o Decreto nº 5296 (Brasil, 2004), que trata sobre a acessibilidade e regulamentou a prioridade no atendimento. Em 2004 foi ratificada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência com base no §3º do artigo 5º da Constituição. O Decreto Legislativo nº 186 (Brasil, 2008b) ratificou-a, o Decreto nº 6.949 (Brasil, 2009b) completou o processo, e a denominação oficial passou a ser pessoa com deficiência. Em 2014 foi publicada a Lei Complementar nº 142 (Brasil, 2013b), que dispôs sobre aposentadoria especial pelo Regime Geral de Previdência Social. Foi instituído o Índice de Funcionalidade Brasileiro, o IF-BrA para avaliação da deficiência por médico e por assistente social com enquadramento para fins de aposentadoria especial. Em 2015 foi sancionada a Lei Brasileira de Inclusão, sob o nº 13.146, cujo objetivo é assegurar e promover o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, em condições de igualdade, visando à sua inclusão social e cidadania (Brasil, 2015e).

Chile: O Chile publicou a Lei nº 20.422 (Chile, 2010), que estabelece as Normas sobre Igualdade de Oportunidades e Inclusão Social de Pessoas com Deficiência, com a finalidade de garantir o direito à igualdade de oportunidades, e com isso: dar cumprimento aos princípios de vida independente, acessibilidade universal, desenho universal, intersetorialidade, participação

e diálogo social. Define pessoa com deficiência como aquela que, tendo uma ou mais deficiências físicas, mentais, seja por causa psíquica ou intelectual, ou sensorial, de caráter temporal ou permanente, ao interagir com diversas barreiras presentes no meio ambiente, é impedida ou restringida a sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. A norma garante acessibilidade, inclusão escolar e laboral e descontos tarifários. Dispôs que o Estado promoverá autonomia pessoal e cuidará de pessoas em situação de dependência por meio de benefícios ou serviços de apoio, que serão entregues considerando o grau de dependência. Estabeleceu que a classificação e certificação de Deficiência ocorrerá por meio das Comissões de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), subordinadas ao Ministério da Saúde e das instituições públicas ou privadas credenciadas pelo Ministério. O processo de classificação da deficiência garantirá atendimento interdisciplinar para cada requerente. As comissões de medicina preventiva e invalidez serão integradas por um psicólogo, um fonoaudiólogo, um assistente social, e um educador especial. As Comissões de Medicina Preventiva e Invalidez poderão requerer aos serviços e instituições de saúde e assistenciais, sejam esses públicos ou privados, e aos profissionais que assistiram as pessoas, os antecedentes clínicos e outros que sejam necessários. A Lei previu a criação do Registro Nacional de Deficiência a cargo do Serviço de Registro Civil e de Identificação, do Serviço Nacional da Deficiência, sucedendo o Fundo Nacional da Deficiência e do Conselho Consultivo da Deficiência.

As Normas para Avaliação e Classificação do Grau de Invalidez dos Trabalhadores Afiliados ao Novo Sistema Previsional/2012 dispõem que o Art. 4º do Decreto Lei nº 3500 (Chile, 1980) estabelece que os membros não aposentados por esta lei terão direito a uma pensão de invalidez que, sem atender aos requisitos de idade para obter uma pensão de velhice, e como consequência de doença ou enfraquecimento de sua força física ou intelectual, sofram comprometimento permanente de sua capacidade de trabalho. Concede pensão total por invalidez para membros com perda de capacidade de trabalho de pelo menos dois terços, e pensão parcial por invalidez para membros com perda de capacidade de trabalho igual ou superior a cinquenta por cento e menos de dois terços. Essa determinação será feita por uma Comissão Médica composta por três médicos cirurgiões que trabalharão em cada Região, nomeados pelo Superintendente de Pensões, e terão autonomia quanto ao conhecimento e qualificação das deficiências submetidas à sua consideração. A Superintendência terá a supervisão dessas comissões e emitirá os regulamentos operacionais necessários para quantificar a deficiência. A quantificação da invalidez se denomina por um Barema de

Invalidez, em uma escala graduada de referência que contém, por ordem crescente, categorias ou classes que quantificam a invalidez. A identificação dos impedimentos deve provir do conhecimento médico disponível, com base na objetividade científica, que confere consistência. Manifestações físicas ou psíquicas devem encontrar suporte em sinais clínicos ou anormalidades mensuráveis para serem consistentes.

Colômbia: A Lei nº 361/1997 é baseada nos princípios que reconhecem a dignidade própria das pessoas com limitações em seus direitos fundamentais, econômicos, sociais e culturais, a sua completa realização pessoal e total integração social, e às pessoas com limitações graves e profundas, a assistência e proteção necessárias (Colômbia, 1997).

A Lei nº 1.145/2007 organizou o Sistema Nacional de Deficiência (SND), que é o conjunto de diretrizes, regulamentos, atividades, recursos, programas e instituições que permitem a implementação dos princípios gerais de deficiência (Colômbia, 2007).

A Lei nº 1.346/2009 aprovou a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, cujo objetivo é promover, proteger e assegurar o gozo pleno e em condições de igualdade de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, e promover o respeito a sua dignidade. Definiu a lei que pessoas com deficiência são aquelas que tenham deficiências físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais a longo prazo que, ao interagir com diversas barreiras, possam impedir sua plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de condições com as demais (Colômbia, 2009).

O Decreto nº 1.507/2014 instituiu o Manual Único para Classificação da Perda da Capacidade Laboral e Ocupacional (Colômbia, 2014). O Manual não se aplica aos casos de certificação de deficiência com a finalidade de obtenção de benefícios estabelecidos na Lei nº 361/1997.

Costa Rica: A Lei nº 7.600/1996 dispôs sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência. Definiu deficiência como qualquer deficiência física, mental ou sensorial que limite substancialmente uma ou mais atividades principais do indivíduo. A lei garante direitos fundamentais e participação na sociedade em igualdade de oportunidades.

O Regulamento sobre a Qualificação, Avaliação e Opinião do Estado de Invalidez no Regime de Invalidez, Velhice e Morte, da Caixa de Segurança Social da Costa Rica regula a integração, nomeação, funções, atribuições e outros aspectos pertinentes à missão da Comissão Qualificadora do Estado de Invalidez e de outros profissionais de medicina e psicologia que participam do procedimento de avaliação e qualificação para a declaração de invalidez, conforme previsto no artigo 7º do Regulamento de Seguro de Incapacidade, Velhice e Morte.

A avaliação médica subsidiará a decisão da Comissão Qualificadora e o Psicólogo aplicará testes quando o solicitante padecer de doença mental. A avaliação psicológica será utilizada pelo médico e pela Comissão Qualificadora. A Comissão Qualificadora do Estado de Invalidez é constituída por médicos cirurgiões com registro no Colégio de Médicos e Cirurgiões da Costa Rica.

Cuba: Não foi encontrada lei específica que disponha sobre os direitos fundamentais das pessoas com deficiência.

Ecuador: A Lei Orgânica de Deficiências tem por objetivo assegurar a prevenção, detecção, capacitação e reabilitação oportunas de deficiências, e garantir a plena validade, disseminação e exercício dos direitos das pessoas com deficiência, estabelecidos na Constituição da República, tratados e instrumentos internacionais, bem como aqueles derivados de leis relacionadas, com enfoque de gênero, geracional e intercultural. A lei definiu pessoa com deficiência como qualquer pessoa que, em consequência de uma ou mais deficiências físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, independentemente da sua causa, tenha permanentemente restringida sua capacidade biológica, psicológica e associativa para exercer uma ou mais atividades essenciais da vida cotidiana. A lei instituiu o Subsistema Nacional para Classificação da Deficiência, sob a Supervisão do Conselho Nacional de Igualdade de Deficiência. O Conselho coordenará, com a autoridade sanitária nacional, a avaliação e o diagnóstico nos respectivos sistemas. A autoridade nacional de saúde, por meio do Sistema Nacional de Saúde, realizará a qualificação das deficiências e o treinamento contínuo das equipes qualificadas especializadas nos diferentes tipos de deficiências, que desempenharão suas funções na área de sua especialidade. Ainda, a autoridade nacional de saúde será responsável por manter o Registro Nacional de Pessoas com Deficiência e com Condição de Deficiência ou Incapacidade, bem como entidades legais públicas, semi-públicas e privadas dedicadas ao atendimento de pessoas com deficiência e com uma condição de deficiência ou incapacidade, que passará a fazer parte do Sistema Nacional de Dados Públicos, nos termos da lei. O Conselho Nacional de Igualdade de Deficiências exerce poderes de formulação, integração, observância, monitoramento e avaliação de políticas públicas implementadas pelas funções do Estado e de instituições dos setores público e privado para a plena validade e exercício dos direitos das pessoas com deficiência estabelecidos na Constituição da República, tratados, instrumentos internacionais e leis (Ecuador, 2012).

Em 2018 foi publicado o Manual de Classificação de Deficiência, que inclui sete capítulos que constituem a ferramenta técnica e metodológica para deficientes, com base na

adoção da Escala Espanhola e na metodologia da Classificação Internacional de Deficiência e Saúde. De acordo com o Manual, a qualificação da deficiência é um processo em que a avaliação técnica biopsicossocial (médica, psicológica e / ou social) é realizada na pessoa com deficiência por meio da coleta, análise de documentos (certificados de especialidade, exames complementares, etc.), de evidências consequências médicas / psicológicas de sequelas e limitações orgânicas e / ou funcionais resultantes de deficiências irrecuperáveis. A avaliação social é a análise dos diferentes elementos relacionados à pessoa, à família, ao meio ambiente, à experiência individual e familiar, permitindo identificar fatores de risco social e problemas socioeconômicos relacionados à situação incapacitante e de saúde e, por outro lado, as características da prestação de cuidados efetivos e potenciais dos sistemas de apoio formal e informal (Ecuador, 2018).

El Salvador: O Decreto nº 888/2000 é a Lei de Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência, cujo objetivo visa a estabelecer o regime de equalização de oportunidades para pessoas com deficiências físicas, mentais, psicológicas e sensoriais, congênitas ou adquiridas. O Conselho Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência formulará a política nacional de atendimento integral às pessoas com deficiência (El Salvador, 2000).

A Fundação Empresarial para a Ação Social (FUNDEMÁS) criou o Manual Prático para a Certificação de Pessoas com Deficiência, cujo objetivo é fornecer às empresas e organizações um manual de instruções que descreve não apenas a legislação nacional aplicável à inclusão trabalhista de pessoas com deficiência, também fornece um manual de instruções com o passo a passo das formalidades exigidas para pelo cumprimento do artigo 24 da Lei de Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência.

O processo de certificação de uma deficiência inclui a participação de uma equipe de médicos especialistas para realizar uma avaliação integral físico-funcional correspondente, com o objetivo de definir a porcentagem de deficiência, que deve ser maior que 20% de incapacidade funcional para ser considerada uma pessoa com deficiência. Na avaliação, valoram-se todos os aspectos sociais, ambientais e contextuais da pessoa (FUNDEMÁS, 2016).

Guatemala: O Decreto nº 135/96, que instituiu a Lei de Atenção às Pessoas com Deficiência, também criou o Conselho Nacional para Atenção às Pessoas com Deficiência (CONADI). A lei tem como objetivo servir como instrumento legal para o atendimento de pessoas com deficiência, de modo a alcançar seu máximo desenvolvimento, sua participação social e o exercício de direitos e deveres no sistema jurídico do país, além de garantir a

igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência em áreas como saúde, educação, trabalho, lazer, esportes, cultura e outras, e eliminar qualquer tipo de discriminação. O CONADI promoverá que a avaliação e classificação do Funcionamento da Incapacidade e Saúde seja realizada por médicos forenses, com base na Classificação do Funcionamento da Incapacidade e Saúde em vigor (Guatemala, 1996).

Haiti: A Institucionalidade e Marco Legislativo da Deficiência no Haiti ocorreram após o terremoto em 2010. Três instituições governamentais desempenham papel importante no desenvolvimento de políticas e programas para melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência no Haiti. Eles são o Conselho Nacional de Reabilitação de Pessoas com Deficiência, o Gabinete do Secretário de Estado para a Integração das Pessoas com Deficiência e o *Comité Interministerial de Seguimiento en Materia de Discapacidad*.

A definição legal de deficiência é a limitação da atividade ou restrição à participação na vida na sociedade que uma pessoa sofre devido a uma alteração temporária ou permanente de uma ou mais funções físicas, sensoriais, cognitivas ou físicas. Pessoa com deficiência é uma pessoa que tem uma deficiência física, mental, intelectual ou sensorial duradoura.

Assim, as definições estabelecidas na lei não aderem plenamente ao espírito da Convenção, uma vez que a deficiência continua sendo percebida como um problema médico, e não como uma situação relacionada ao meio ambiente, o que explica que a atenção dispensada a esse setor recai principalmente no Ministério da Saúde Pública e População.

Quanto ao reconhecimento legal da deficiência, o Haiti ainda não implementou um Sistema Nacional de Qualificação e Registro, que permite identificar e credenciar a população com deficiência. Também não há estatísticas ou registros administrativos em relação à sua localização, origem da deficiência ou nível econômico.

Em relação aos direitos específicos estabelecidos na Lei de Integração de Pessoas com Deficiência, estabelece que o Estado garantirá, às pessoas com deficiência, acesso aos cuidados de saúde, educação em todos os níveis, emprego, ambiente físico e meios adequados de transporte, moradia, justiça, informação, recreação e esportes (Valencia, 2015).

Honduras: A Lei de Equidade e Desenvolvimento Integral para as Pessoas com Deficiência tem, entre seus objetivos, assegurar acessibilidade no meio ambiente, saúde, educação, formação profissional e inserção laboral com igualdade de oportunidades. Define deficiência como qualquer tipo de deficiência física, mental ou sensorial que, em relação à idade e ao ambiente social, limite substancialmente a integração e o desempenho das atividades do indivíduo na sociedade, sejam elas familiares, sociais, educacionais ou relacionadas ao trabalho.

O Regulamento para a Classificação e Certificação da Deficiência pela Comissão Técnica de Invalidez do Instituto Hondurenho de Seguridade Social - IHSS tem o objetivo de regulamentar o procedimento administrativo e do segurado, pela Comissão de Invalidez Técnica, o acesso às diferentes pensões por deficiências físicas e / ou mentais geradas pelos riscos comuns ou profissionais. A Comissão Técnica de Invalidez é a instância administrativa autorizada pelo IHSS, responsável por emitir os pareceres mediante os quais se classifica e certifica a deficiência dos segurados. A Comissão é formada por médicos especialistas em Medicina do Trabalho, Medicina e Saúde Ocupacional, Ortopedia e Traumatologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna, Medicina Legal e Psiquiatria (com subespecialidade forense). Para a análise adequada dos casos e quando a complexidade do caso a ser avaliado o justificar, o Coordenador da Comissão Técnica para Deficiência (CTI) pode exigir a participação de pessoal não médico do Instituto (Honduras, 2005).

México: A Lei Geral para Inclusão das Pessoas com Deficiência dispôs que o Estado deverá promover, proteger e assegurar o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, assegurando sua plena inclusão na sociedade, sendo um marco de respeito, igualdade e equiparação de oportunidades. De acordo com a referida lei, deficiência é a consequência da presença de uma deficiência ou limitação em uma pessoa que, ao interagir com as barreiras impostas pelo ambiente social, pode impedir sua inclusão plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com os demais. A lei criou, ainda, o Conselho Nacional para o Desenvolvimento e Inclusão das Pessoas com deficiência (Estados Unidos Mexicanos, 2011).

Nicarágua: A Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência visa a estabelecer a garantia para a promoção, proteção do pleno gozo e igualdade de todos os direitos humanos, respeitando sua dignidade e garantindo seu desenvolvimento humano integral. Os objetivos são equalizar suas oportunidades de inclusão na sociedade, sem qualquer discriminação, e melhorar seu padrão de vida; garantir o pleno reconhecimento dos direitos humanos contidos na Constituição Política da República da Nicarágua, nas leis e nos instrumentos internacionais ratificados pelo país. A lei definiu que deficiência é o resultado da interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente incapacitante. A deficiência é enquadrada nas barreiras latentes e perpétuas implantadas pela sociedade, que tornam impossível às pessoas com deficiência o acesso à vida social de maneira ativa, passiva, direta ou indireta, assim como outro ser humano. Portanto, a deficiência não é algo que está enraizado na pessoa como resultado de uma

deficiência. A mesma lei ainda criou o Conselho Nacional de Promoção e Articulação para a Aplicação dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Nicarágua, 2011).

Panamá: A Lei que estabelece a Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência tem, entre seus objetivos, estabelecer as bases materiais e legais que permitam ao Estado adotar as medidas necessárias para a equalização de oportunidades para as pessoas com deficiência, garantindo-lhes saúde, educação, trabalho, moradia, recreação, esporte e cultura, bem como a vida familiar e comunitária. A mesma lei definiu Deficiência como alteração funcional, permanente ou temporária, total ou parcial, física, sensorial ou mental, que limita a capacidade de realizar uma atividade da maneira ou dentro da faixa considerada normal do ser humano (Panamá, 1999).

Paraguai: A lei que versa sobre o tema aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o Protocolo Facultativo da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A Lei nº 3450 considera a Deficiência um conceito em evolução, que resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras devido à atitude e ao meio ambiente, que impedem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com os outros. O objetivo da lei é promover e garantir o gozo pleno e igual de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, e promover o respeito à sua dignidade.

Entre as pessoas com deficiência incluem-se aquelas que apresentam deficiências físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais de longo prazo que, ao interagir com várias barreiras, têm sua participação plena e efetiva na sociedade impedida, em igualdade de condições com as demais. A lei também criou o Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (República del Paraguay, 2008).

Peru: A Lei Geral da Pessoa com Deficiência tem a finalidade de estabelecer o regime legal de proteção, saúde, trabalho, educação, reabilitação, previdência e prevenção social para que a pessoa com deficiência alcance seu desenvolvimento e integração social, econômica e cultural, prevista no artigo 7º da Constituição Política do Estado. A Lei define pessoa com deficiência como aquela que tem uma ou mais deficiências evidenciadas pela perda significativa de algumas de suas funções físicas, mentais ou sensoriais, o que implica a diminuição ou ausência da capacidade de realizar uma atividade de maneiras ou intervalos considerados normais, limitando-a no desempenho de um papel, função ou exercício de atividades e oportunidades de participação equitativa na sociedade. A lei também criou o Conselho Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência.

Os Ministérios da Saúde, Defesa e Interior, por meio de seus centros hospitalares e do Instituto Peruano de Seguridade Social, são as autoridades competentes para declarar o estado de uma pessoa com deficiência e conceder-lhe o certificado correspondente que a credencia (Perú, 2020).

República Dominicana: A Lei Geral sobre Deficiência define deficiência como uma restrição ou ausência (devido a uma deficiência) da capacidade de executar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano. O objetivo da lei é proteger e garantir igualdade de oportunidades a todas as pessoas com deficiências funcionais, físicas, mentais e/ou sensoriais. A lei criou o Conselho Nacional de Deficiência e o Sistema Nacional de Valoração, Certificação e Registro Contínuo de Deficiência. Será usada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF para valoração da deficiência (República Dominicana, 2008).

Uruguai: A Lei nº 18.651/2010, de Proteção Integral das Pessoas com Deficiência, tem o objetivo de estabelecer um sistema de proteção abrangente para pessoas com deficiência, destinado a garantir assistência médica, educação, reabilitação física, psicológica, social, econômica e profissional, e cobertura de seguridade social, além de conceder benefícios e incentivos para neutralizar as desvantagens que a deficiência causa a essas pessoas. Também visa a lhes dar a oportunidade, através de seus esforços, de desempenhar um papel equivalente ao de outras pessoas na comunidade. A lei definiu pessoa com deficiência como aquela que sofra ou tenha uma alteração funcional permanente ou prolongada, física (motora, sensorial, orgânica, visceral) ou mental (intelectual e/ou psíquica) que, em relação à idade e ao ambiente social, implique desvantagens consideráveis para integração familiar, social, educacional ou de trabalho. A lei também criou a Comissão Nacional Honorária da Deficiência (Uruguay, 2010). A lei nº 4720/12 criou a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência (Uruguay, 2012).

As normas para avaliação do grau de incapacidade tiveram revisão em 2002, aplicável às atividades abrangidas pelo Instituto de Seguridade Social. Incorpora toda a experiência adquirida por especialistas dos Relatórios de Peritos, Comissões Técnicas, Associação Uruguia de Seguradoras (AUDEA) e Faculdade de Medicina. Constitui uma ferramenta essencial para unificar critérios em um assunto complexo do ponto de vista técnico, e de enorme importância social (Uruguay, 2014).

Venezuela: A Lei para as Pessoas com Deficiência tem por objetivo regular os meios e mecanismos que garantam o desenvolvimento pleno das pessoas com deficiência de maneira

plena e autônoma, de acordo com suas habilidades, e possibilitem a integração na vida familiar e com a comunidade, através de sua participação direta como cidadãos plenos e da participação solidária na sociedade e da família. A lei define deficiência como uma condição complexa do ser humano, constituída por fatores biopsicossociais, que mostra uma diminuição ou supressão temporária ou permanente de algumas de suas capacidades sensoriais, motoras ou intelectuais, que podem se manifestar em ausências, anomalias, defeitos, perdas ou dificuldades em perceber, mover-se sem apoio, ver ou ouvir, comunicar-se com outras pessoas ou participar de atividades educacionais ou de trabalho, em família e com a comunidade, que limitem o exercício de direitos, a participação social e o gozo de uma boa qualidade de vida. Também que impeçam a participação ativa das pessoas em atividades da vida familiar e social, sem necessariamente implicar incapacidade ou incapacidade de se inserir socialmente. Pessoa com deficiência é aquela que, devido a causas congênitas ou adquiridas, apresenta alguma disfunção ou ausência de suas capacidades de ordem física, mental, intelectual, sensorial ou combinações delas, seja temporária, permanente ou intermitentemente, que ao interagir com várias barreiras, implica desvantagens que dificultam ou impedem sua participação, inclusão e integração na vida familiar e social, além do exercício pleno de seus direitos humanos em igualdade de condições com os demais. A qualificação da deficiência é da competência de profissionais e técnicos especializados no campo da deficiência, na área de competência relevante, vinculada ao Sistema Nacional de Saúde Pública, sendo consequência de avaliação individual ou coletiva realizada com o objetivo de determinar a condição, classe, tipo, grau e características da deficiência (Venezuela, 2006).

Assim como no Brasil, as tabelas e a CID ou CIF são utilizadas em Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela, para avaliação e certificação de deficiência. As avaliações biopsicossociais são feitas por médicos na Bolívia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Uruguai e Venezuela. No Brasil, Chile e Equador, as avaliações sociais são feitas por outros profissionais, para apoiar as avaliações feitas por médicos. Na Argentina, Colômbia, Costa Rica, Haiti e Panamá, as avaliações são biomédicas. Nos outros países não foi possível entender, pela legislação, como as avaliações de deficiência são feitas.

PARTE III - Avaliação da Deficiência

CAPÍTULO III: Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF e Benefício de Prestação Continuada - BPC

3.1 Classificação Internacional de Funcionalidade

A CIF tem objetivo de proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, bem como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (OMS, 2015).

A OMS desenvolveu uma *família* de classificações internacionais para serem aplicadas nos vários aspectos da saúde, e a CIF faz parte dessa família. Essa família de classificações busca disponibilizar um sistema que possibilite codificar um conjunto de informações sobre a saúde em linguagem padronizada e comum. Entre essas informações pode-se considerar exemplos o diagnóstico, a funcionalidade, incapacidade, além de motivos para a procura pelo serviço de saúde. A codificação proporcionada pela família de classificações permite que a comunicação sobre a saúde e assistência médica ocorra entre diferentes disciplinas e ciências por todo o mundo (OMS, 2015).

A CIF abrange componentes de saúde e certos componentes que proporcionam bem-estar se relacionam com ela, entre eles o trabalho e a educação, possibilitando afirmar que os domínios da CIF compreendem tanto os domínios da saúde quanto aqueles relacionados com ela. Tais domínios consideram as perspectivas do corpo, do indivíduo e da sociedade, compondo-se por duas listas, uma com as Funções e Estruturas do Corpo (1) e outra com Atividades e Participação (2) (OMS, 2015).

O agrupamento proposto pela CIF é sistemático, e não classifica as pessoas, mas descreve situações de cada indivíduo nesses domínios, da saúde ou relacionados com ela (OMS, 2015).

O termo *Funcionalidade* compreende a totalidade das funções do corpo, atividades e participação. Já o termo *Incapacidade* envolve deficiências, limitação de atividade ou restrição na participação. Os fatores ambientais também são considerados nesses construtos por interagirem com eles. Portanto, os perfis úteis de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos em domínios diversos podem ser utilizados (OMS, 2015).

A Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão, conhecida como CID-10 é a principal classificação internacional da OMS, cujo objetivo é fornecer estrutura de base etiológica no registro das condições de saúde. Funcionalidade e incapacidade estão associadas a condições de saúde e são classificadas na CIF, que é complementar da CID. Logo, o ideal é a

utilização conjunta dessas duas classificações, permitindo o diagnóstico através da CID com complementação adicional acerca das funcionalidades que constam na CIF.

A CIF fornece uma visão geral de seus componentes através de uma tabela de definições no contexto da saúde, que explica: a) *funções do corpo*, que são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, inclusive funções psicológicas; b) *estruturas do corpo*, que compreende as partes anatômicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes; c) *deficiências*, que dizem respeito a problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, por exemplo um importante desvio ou perda; d) *atividade*, que se refere à execução de tarefa ou ação por determinada pessoa, e *participação*, que tem relação com o envolvimento de um pessoa em situação real; e) *limitações de atividade* significam dificuldades que uma pessoa pode ter para executar atividades; f) *restrições de participação* expressam problemas que uma pessoa possivelmente enfrenta ao se envolver em situações reais; e f) *fatores ambientais* equivalem aos ambientes físico, social e atitudinal nos quais indivíduos vivem (OMS, 2015). A CIF ainda se divide em duas partes, cada uma subdividindo-se em dois componentes. A primeira parte diz respeito à *funcionalidade e incapacidade*, e está subdividida nas (a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo e (b) Atividades e Participação. A segunda parte compreende os *fatores contextuais*, subdividida em (c) Fatores Ambientais e (d) Fatores Pessoais. Cada um dos componentes pode expressar termos positivos ou negativos, possibilitando que os registros acerca da saúde dos indivíduos sejam realizados por meio de um código ou da seleção de vários deles, proporcionando um registro completo e abrangente.

Conhecida a CIF, o próximo capítulo traz o índice de funcionalidade utilizado no Brasil para avaliar a pessoa com deficiência que pleiteia aposentadoria.

3.2 Benefício de Prestação Continuada

O BPC é um benefício previdenciário, no valor de um salário-mínimo, concedido mensalmente aos idosos com 65 anos ou mais e às pessoas com deficiência, cuja condição física, mental ou sensorial impossibilite a participação plena e efetiva na sociedade. Ainda, para fazer jus ao BPC, a renda por pessoa do grupo familiar deve ser igual ou menor que $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo, e deve haver uma avaliação médica e social no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

A avaliação da deficiência tem por objetivo identificar quais são os impedimentos de longa duração relacionados, e impeditivos para que o indivíduo tenha limitações em suas

atividades diárias e em sua participação na sociedade. O BPC não é uma aposentadoria, não se acumula com outros benefícios e não se configura em pensão pós-morte (Brasil, 2019).

A Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015 (Brasil, 2015f), que dispõe sobre critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médica da pessoa com deficiência para acesso ao BPC, instituiu que a avaliação deve ser baseada na CIF, com os seguintes componentes: Fatores ambientais, Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação (Quadro 5). Há dois instrumentos utilizados para pessoas com 16 anos ou mais e para menores de 16 anos (nexos IV e V)

Compete ao Assistente Social avaliar e qualificar componentes e domínios da avaliação social; e ao Médico Perito Federal, avaliar e qualificar a avaliação médica com base na CIF. Contudo, é importante ressaltar que, inicialmente, é necessário ter um diagnóstico nosológico do impedimento, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID -11).

Quadro 5 – Fatores ambientais, Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação

Assistente Social	
Domínios	
Fatores Ambientais	Produtos e tecnologia
	Condições de habitabilidade e Mudanças ambientais
	Apoio e relacionamentos
	Atitudes
	Serviços, sistemas e políticas.
Domínios	
Atividade e Participação	Vida doméstica
	Relações e interações interpessoais
	Áreas principais da vida
	Vida comunitária, social e cívica
Médico Perito Federal	
Domínios	
	Funções mentais
	Funções sensoriais da visão
	Funções sensoriais da audição
	Funções sensoriais adicionais e dor
	Funções da voz e da fala

Funções do Corpo	Funções do sistema cardiovascular
	Funções do sistema hematológico
	Funções do sistema respiratório
	Funções do sistema digestivo
	Funções do sistema metabólico e endócrino
	Funções geniturinárias e reprodutivas
	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento
	Funções da pele e estruturas relacionadas
Atividades e participação	Aprendizagem e aplicação de conhecimento
	Tarefas e demandas gerais
	Comunicação
	Mobilidade
	Cuidado pessoal

Ao Perito Médico Federal ainda incumbe, após a avaliação da pessoa com deficiência:

I - pronunciar-se sobre a existência de alterações na Estrutura do Corpo que configurem maiores limitações e restrições ao avaliado do que as alterações observadas em Funções do Corpo;

II - sinalizar se as alterações em Funções e/ou Estruturas do Corpo configuram prognóstico desfavorável; e

III - 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.

Como se pode atestar, é uma avaliação completa, médica biopsicossocial, conjugando CID-11 e CIF.

CAPÍTULO IV: Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para fins de Aposentadoria da Pessoa com Deficiência

4.1 Estudo Comparativo das Avaliações Realizadas por Médicos e Assistentes Sociais com Aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado para fins de Concessão de Aposentadoria à Pessoa com Deficiência (Rocha, Fernandes, Bezerra & Nunes, 2019).

A Lei 142, de 08 de maio de 2013, classifica a pessoa com deficiência em graus leve, moderado e grave, o que consequentemente reduz o tempo de contribuição para a aposentadoria em dois, seis ou dez anos, respetivamente. Esta avaliação é feita aplicando-se o Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IF-BrA), publicado pela Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP Nº 1 DE 27/01/20145. A identificação da deficiência é feita a partir de uma perspectiva biopsicossocial, seguindo as recomendações definidas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

O conceito de pessoa com deficiência é definido como aquela que apresenta impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A aplicação do IF-BrA é realizada pelos médicos peritos e pelos assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), em duas etapas diferentes. Inicia-se o processo de avaliação pelo médico perito por meio da identificação do impedimento, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID). Este instrumento apresenta sete domínios baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que são: sensorial; comunicação; mobilidade; cuidados pessoais; vida doméstica; educação, trabalho e vida econômica; socialização e vida comunitária e quarenta e uma atividades relacionadas a estes domínios. Da avaliação resulta uma pontuação dada por cada profissional nos respectivos domínios, e a soma dos resultados das respostas gera um ponto de corte, adotado como limite para a identificação e gradação da deficiência, utilizando as seguintes pontuações: Deficiência grave: 5739 pontos; deficiência moderada: de 5740 a 6354; deficiência leve: 6355 a 7584; e insuficiente para o benefício: igual ou maior que 7585.

O trabalho avaliou se existe diferença estatística nas análises realizadas pelo médico perito e pelo assistente social da previdência social, na identificação da deficiência, utilizando o Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado, para a concessão da aposentadoria.

A justificativa do trabalho encontra razão por não haver estudos na literatura com essa abordagem, e poderá, também, contribuir na discussão da avaliação, das metodologias utilizadas para a identificação, inclusão e melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência.

Realizou-se um estudo analítico, a partir de dados secundários do banco de dados do INSS no período de outubro de 2013 a janeiro de 2016, relacionando as avaliações dos trabalhadores segurados da previdência que pleitearam o benefício da aposentadoria especial à pessoa com deficiência. A partir do banco de dados disponibilizado pelo INSS (o mesmo utilizado pela equipe de elaboração do IF-BrA), realizou-se um estudo analítico comparando as avaliações aplicadas pelos médicos peritos e pelos assistentes sociais. Utilizou-se o software R versão 3.4.1. para análise dos dados de medidas de resumo (frequência relativa; definições para testes; testes de hipóteses; nível de significância; e P-valor; coeficiente de correlação - Correlação de Pearson), análise descritiva, análise de correlação (por domínio e por tipo de deficiência). Após esta análise, através da aplicação de um índice de concordância entre as avaliações do médico e da assistente social, testou-se a correspondência entre elas, objetivando comprovar a similaridade entre as duas avaliações. Sabe-se que um coeficiente de correlação mede o grau pelo qual duas variáveis tendem a mudar juntas, descrevendo a força e a direção da relação. Assim, o teste foi realizado sob as seguintes hipóteses:

!H0 : Não existe associação linear entre a Opinião do Médico e da Assistente Social.

!H1 : Existe associação linear entre a Opinião do Médico e da Assistente Social.

Após a aplicação do coeficiente de correlação, fez-se a análise de significância. Na análise de significância foi considerado como variável resposta o tipo de deficiência apontada de acordo com a avaliação do médico (grave, moderada, leve ou sem deficiência); e como variáveis explicativas foram considerados os sete domínios (sensorial; comunicação; mobilidade; cuidados pessoais; vida doméstica; educação, trabalho e vida econômica e socialização e vida comunitária). Ressalta-se que os domínios considerados são analisados de forma igual por meio do preenchimento de formulário com as mesmas questões para os dois profissionais.

Para esta análise, realizou-se um teste de Correlação de Spearman para medir a correlação entre as médias dos sete domínios acerca das avaliações, em um nível de significância onde α é igual a 0.05 (Tabela 2).

O modelo apresenta basicamente dois valores. O valor da estatística t, e a partir dele calculou-se o p - valor considerando $\alpha = 5\%$. Para as variáveis explicativas, quanto mais próximas de zero o valor de t, é mais relevante aquela variável para a explicação do modelo. Para as variáveis respostas, quanto mais próximo o valor de t, mais provável é a ocorrência daquela resposta específica. O p-valor menor que α indica que aquela variável (tanto explicativa quanto resposta) tem significância estatística no modelo; ou seja, ela é necessária.

Objetivando aprofundar este estudo comparativo, elaborou-se um índice que consiste na divisão do resultado da frequência relativa obtida pelo médico perito pela frequência relativa pontuada pela assistente social. Esse índice, quando apresenta resultado 1, indica semelhança total das avaliações; os outros resultados, tanto acima de 1 como abaixo deste, configuram avaliações díspares.

Além disso, calculou-se a sensibilidade e especificidade da avaliação do médico, da assistente social e de ambos. Para o cálculo da sensibilidade utilizou-se a percentagem de avaliações positivas para deficiência realizadas pelo médico, pela assistente social e por ambos, conforme demonstrado na Tabela 4.

A análise dos dados de medidas de resumo, comparando os graus de deficiência, está demonstrada na tabela abaixo.

Tabela 1 - Grau de Deficiência: Avaliação do Médico e da Assistente Social

Grau deficiência	Médico		Assistente Social	
	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Grave	1635	10,90%	2986	19,90%
Leve	6235	41,56%	4562	30,41%
Moderado	5294	35,29%	6851	45,67%
Sem deficiência	1813	12,08%	545	3,63%
Sem relato	23	0,15%	56	0,37%

A análise de correlação demonstrou que não há diferenças de ordem estatística em relação à avaliação realizada pelo médico perito e a avaliação do assistente social, conforme evidenciado na Tabela 2.

Tabela 2 - Correlação de Spearman para medir a correlação entre as médias dos 7 domínios

Domínio	p-valor	p
Sensorial	$2,2^{-16}$	0,72
Comunicação	$2,2^{-16}$	0,67
Mobilidade	$2,2^{-16}$	0,65
Cuidados pessoais	$2,2^{-16}$	0,55
Vida doméstica	$2,2^{-16}$	0,55
Educação, trabalho e vida econômica	$2,2^{-16}$	0,42
Socialização e vida comunitária	$2,2^{-16}$	0,44

Com a aplicação do índice, em relação ao grau de deficiência da avaliação do médico e da assistente social, foram obtidos os seguintes resultados: 25 = 0,54; 50 = 1,36; 75 = 0,77; 100 = 3,32. Assim, observa-se a presença de uma diferença de resultados entre a avaliação dos médicos e dos assistentes sociais. Quando aplicado o índice em todas as atividades e calculado o desvio padrão dos índices, nos diferentes domínios, obtêm-se os resultados da Tabela 3.

Tabela 3 - Índice de comparação entre avaliações do Médico e da Assistente Social

Domínios	Índice	1 sigma
Sensorial	0,56	0,44 a 1,56
Comunicação	0,18	0,82 a 1,18
Mobilidade	0,29	0,71 a 1,29
Cuidados pessoais	0,23	0,77 a 1,23
Vida doméstica	0,45	0,55 a 1,45
Educação, trabalho e vida econômica	0,42	0,58 a 1,42
Socialização e vida comunitária	0,29	0,71 a 1,29
Total	0,34	0,66 a 1,34

Quando comparadas as avaliações médicas, sociais e conjuntas, por meio do cálculo da sensibilidade das avaliações, tem-se os resultados dispostos na tabela 4: avaliação conjunta - 97,73%; avaliação médica com sensibilidade de 87,89%; e avaliação da assistente social - 97,37%. Essa diferença de sensibilidade suscitou um aprofundamento da análise desses resultados, objetivando identificar quais são essas diferenças.

Tabela 4 - Tabela de especificidade e sensibilidade em valores relativos

Avaliador	Deficiência detectada	Não possui deficiência	Total avaliado
Assistente social	96,353%	3,647%	100%
Médico	87,895%	12,105%	100%
Ambos	97,730%	2,270%	100%

As avaliações da gradação da deficiência realizada pelo médico perito e pelo assistente social, conforme demonstrado na Tabela 1 são semelhantes, como verificadas no teste de correlação. Todavia, quando comparadas as avaliações dos profissionais em separado e em conjunto, há resultados significativos quanto à sensibilidade, como apresentado na Tabela 4.

Dessa forma, pela aplicação do índice, observa-se uma divergência de avaliações entre os dois profissionais, fato não demonstrado na inferência estatística. A explicação para similaridade entre as avaliações do ponto de vista estatístico inferencial parece relacionar-se à régua utilizada, que estabelece o grau de deficiência. Isto aponta a possibilidade de uma forma diversa da gradação da deficiência pelos profissionais envolvidos na avaliação.

Na análise realizada pelo médico perito e assistente social, observamos que ocorrem diferenças conceituais entre as referidas análises, principalmente nos domínios Sensorial, Vida doméstica e Educação, trabalho e vida econômica (Tabela 2). O domínio Comunicação é o que tem o menor índice de diferença.

Ao realizarmos a avaliação total dos domínios, obtém-se 0,34; portanto, o resultado encontra-se entre 0,66 e 1,34, indicando uma diferença de avaliação das partes.

Tendo em vista os resultados na Tabela 2, observa-se que todos os domínios são relevantes, sendo a Socialização e vida comunitária; Educação, trabalho e vida econômica; e Cuidados pessoais os mais relevantes. Em relação à variável resposta, foi constatado que é mais provável ter como resultado o grau de deficiência leve, seguido do grave, depois moderada e finalmente sem deficiência. A análise de correlação e de significância realizadas não demonstrou haver diferença entre a avaliação feita pelo médico perito e pelo assistente social, ao serem aplicadas na régua utilizada para o enquadramento na situação de aposentadoria, de acordo com o grau de deficiência apresentada.

O estudo evidenciou diferença existente entre os resultados das avaliações realizadas pelo médico perito e pelo assistente social, apesar dos critérios descritos no manual do IF-BrA.

Dessa forma, observa-se que os conceitos de gradação de deficiência entre o médico perito e o assistente social são diversos, o que pode ser explicado pela diferente interpretação de cada profissional acerca do que está definido no manual. Caberia, ainda, discutir os critérios de definição da régua de obtenção do benefício, objetivando melhorar a sua acurácia.

Por fim, é importante salientar que o pré-requisito para a identificação da deficiência é a caracterização do impedimento por meio da Classificação Internacional de Doenças - CID10, o que é prerrogativa do médico, o qual inicia o processo de avaliação de deficiência.

4.2 Estudos Empíricos com aplicação da CIF

Cerca de 10 a 50% das mulheres que usaram talidomida na gestação tem seus filhos afetados pela embriopatia, e as mais frequentemente descritas são as malformações de membros (focomelia e hipoplasia). Entretanto, também existem descrições de alterações oculares (coloboma, oftalmomegalia, microftalmia), neurológicas (surdez e paralisia facial, retardo mental), alterações de face (hemangioma e lábio e/ou palato fendidos), de órgãos internos (laringe, traqueia e lobulações de pulmões), alterações cardíacas (defeitos do septo ventricular, coartação da aorta e Tetralogia de Fallot) (Vianna, 2008). Como principal causa *mortis* dessa população estão: anomalias cardíacas, renais e do trato intestinal, sendo essas menos comuns

entre os sobreviventes devido à severidade. Essas particularidades levam à necessidade de um diagnóstico médico conclusivo e que seja avaliado de forma a realizar não somente o nexo de causa-efeito da exposição à talidomida e alterações dela decorrentes, como efetivamente fundamentar a gradação da deficiência e suas implicações nas atividades e participação do indivíduo na sociedade.

A avaliação da deficiência tem sido discutida nas últimas décadas, de forma veemente, com inúmeras propostas e reiteradas contestações relativas a modelos conceituais por parte dos agentes sociais envolvidos neste processo. A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) é um instrumento pertencente à família das Classificações Internacionais e foi desenvolvida, em 2001, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de fornecer um sistema de codificação com embasamento científico sobre saúde, podendo servir como ferramenta em sistemas de compensação e previdência social (Fernandes & Cherem, 2005). Essa classificação proporciona um sistema para codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde, utilizando uma linguagem padronizada que permite a comunicação sobre saúde e assistência médica, em todo o mundo, trafegando entre várias disciplinas (Ribeiro, 2011). Dentro das aplicações da CIF descritas pela OMS, destacam-se:

- a) avaliar as necessidades, aptidões profissionais, a reabilitação e resultados desta e
- b) ser um instrumento de política social para planejar sistemas de segurança social, sistemas de compensação e desenvolvimento de políticas (OMS, 2015).

A CIF foi incorporada nas regras uniformes para a igualdade de oportunidades para as pessoas com incapacidades, constituindo-se como instrumento apropriado para o desenvolvimento de legislação internacional sobre Direitos Humanos, bem como legislação ao nível nacional (WHO, 2015).

Conceitualmente, a CIF oferece informação aplicável aos cuidados da saúde pessoal, incluindo prevenção, promoção da saúde, melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e facilitadores sociais. Baseia-se em um modelo biopsicossocial em consonância com o processo saúde-doença, em que estão presentes fatores biológicos, sociais e individuais.

Dividida em domínios, a CIF compreende duas partes: 1) funcionalidade e deficiência, cujos domínios são: funções e estruturas do corpo, atividades e participações; e 2) fatores contextuais com os domínios fatores pessoais e ambientais (Oliveira, 2018).

Para facilitar uma descrição sistemática e abrangente do funcionamento e do uso da CIF na prática clínica e na pesquisa, foram desenvolvidos os *core sets* da CIF. Estes *core sets* são listas de categorias da CIF, relevantes para doenças específicas ou para contextos de cuidados de saúde, que podem ser usados em estudos clínicos e estatísticas de saúde, ou ainda para orientar avaliações multidisciplinares.

Os *core sets* principais da CIF contêm o máximo de suas categorias necessárias para descrever o espectro prototípico de problemas de funcionamento e saúde de indivíduos com uma condição específica (Rauch, Cieza & Stuki, 2008). É preciso ressaltar que estes *core sets* não indicam como a avaliação deve ser conduzida, apenas o que deve ser avaliado.

Os *core sets* estão disponíveis no sítio www.icf-core-sets.org, onde estão organizadas todas as categorias relevantes da CIF, possibilitando a seleção de um ou mais *core sets*. Como opção, pode-se adicionar categorias relevantes da classificação ou toda ela.

O *Formulário de Documentação* da CIF pode ser preenchido *online*, por meio do qual classificam-se as categorias da CIF, especificando, dessa forma, a fonte de informação em “História clínica”; “Questionário respondido pelo paciente”; Exame clínico”; “Investigação técnica” e, em seguida, a descrição do problema. Assim, obtém-se o “Perfil de Funcionalidade”, que é uma ficha preenchida com os diversos dados obtidos, sendo utilizada, portanto, na avaliação pretendida.

No Brasil, a legislação pertinente à concessão de benefício por embriopatia decorrente da utilização de talidomida está no bojo da Lei nº 7.070/1982 (Brasil, 1982). Por meio dela serão considerados beneficiários aqueles que apresentarem atestado médico comprobatório da dependência resultante da deformidade física e que gere incapacidade para o trabalho, para deambulação, higiene pessoal e para a própria alimentação.

Sendo a CIF um instrumento recomendado pela OMS para fins de concessão, entre outros, de benefícios sociais, pensou-se na sua utilização como forma de padronizar esta concessão no Brasil. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é verificar se os *core sets* da CIF podem ser utilizados para avaliação e gradação da pessoa com deficiência no Brasil e seu enquadramento para os diversos dispositivos que lhes garantam direitos fundamentais e de participação na sociedade.

Para realização deste estudo utilizou-se o método empírico, quali-quantitativo, para avaliação dos casos apresentados. O estudo não se baseou meramente no levantamento e exposição de casos clínicos empíricos, estando articulados com uma base teórica. Só a teoria

pode caracterizar como científicos os dados empíricos. Mas, em compensação, ela só gera ciência se estiver articulando dados empíricos (Severino, 2017.)

Objetivando responder a pergunta de pesquisa, qual seja, se os core sets da CIF podem ser utilizados na avaliação e gradação da pessoa com deficiência e enquadramento para os diversos dispositivos que lhes garantam direitos fundamentais e de participação na sociedade, adotou-se a descrição de casos empíricos e aplicou-se o core set correspondente e, finalmente, estudou-se o enquadramento legal, para avaliar sua viabilidade de uso no Brasil, de acordo com a legislação vigente.

4.3.1 Primeiro Caso: Síndrome de Talidomida

- a) O caso: Trata-se de uma pessoa nascida em 1960, apresenta atestado do médico assistente da mãe, que declara ter recebido a droga como antiemético durante a gestação e requer pensão especial aos portadores da síndrome da Talidomida, conforme prevê a Lei nº 7070/1982, que considera beneficiários aqueles que apresentarem atestado médico comprobatório da dependência resultante da deformidade física e que gere incapacidade para o trabalho, para deambulação, higiene pessoal e para a própria alimentação. O requerente apresenta focomelia simétrica em membros inferiores e consequente baixa estatura. Os membros superiores apresentam-se normais, e há encurtamento e deformidades dos membros inferiores, com deformidades e redução de tíbia e fíbula, alteração de reflexos, dificuldade para deambular, além de dificuldade para realizar tarefas domésticas e alimentar-se. De posse destas características, identificou-se a CID relacionada à Síndrome de Talidomida do paciente em pauta, qual seja Q72 (Defeitos por redução do membro inferior).

- b) A legislação:

Conforme disposto na Lei nº 7.070/1982 (Brasil, 1982), que considera beneficiários aqueles que apresentarem atestado médico comprobatório da dependência resultante da deformidade física e que gere incapacidade para o trabalho, para deambulação, higiene pessoal e para a própria alimentação, o *core set* deve contemplar deambulação, capacidade de higiene pessoal e alimentação.

- c) O *core set*: selecionou-se, dentro do sítio www.icf-core-sets.org, as codificações que se relacionam aos requisitos legais de concessão do benefício, quais sejam: incapacidade para o trabalho, para deambulação, higiene pessoal e para a própria alimentação. Entre os componentes da CIF relacionados às funções do corpo e, conseqüentemente, com a deambulação, estão listados, no capítulo 7, funções neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento, conforme o Quadro 6, abaixo. Estas características do *core set* contemplam, além da deambulação, a higiene pessoal e alimentação.

Quadro 6 - Funções neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento

b710	Funções relacionados à mobilidade das articulações
b715	Funções relacionados à estabilidade das articulações
b720	Funções da mobilidade óssea
b729	Funções das articulações e dos ossos, outras especificadas e não especificadas
b730	Funções relacionados à força muscular
b735	Funções relacionados ao tônus muscular
b740	Funções da resistência muscular
b749	Funções musculares, outras especificadas e outras não especificadas
b750	Funções relacionados ao reflexo motor
b770	Funções relacionados ao padrão da marcha
b780	Sensações relacionadas aos músculos e funções de movimento
b789	Funções do movimento, outras especificadas e não especificadas
b798	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas aos movimentos
b799	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas aos movimentos, outras

Na seleção do *core set* (www.icf-core-sets.org) foi utilizado o conjunto básico “Reabilitação”, e dentro dele selecionou-se “Andar” – d450, sendo criado o Formulário de Documentação Baseado na CIF. O referido formulário ficou dividido em duas partes: funções corporais, atividades e participação. Dentro das funções corporais, as codificações relacionadas ao escopo da lei foram: b710 – funções relacionadas com a mobilidade da articulação; e b730 - funções relacionadas com a força muscular. Enquanto, em relação às atividades e participação foram: d230 – realizar rotinas diárias; d450 – andar; d510 - lavar-se; e d550 - comer.

Recapitulando os passos da avaliação, seguiu-se o seguinte encadeamento: estudo da legislação, confirmação da codificação da Classificação Internacional de Doenças (CID), identificação do *Core Set* da CIF pertinente à legislação, e análise do formulário obtido (vide anexo I).

Pela análise do Formulário de Documentação Baseado na CIF, obteve-se o resultado de deficiência grave nas funções relacionadas com a mobilidade das articulações (b710) e Funções relacionadas com a força muscular (b730). Em relação à atividade e participação, verifica-se deficiência grave para realizar rotinas diárias (d230), andar (d450) e trabalho remunerado (d850). Esses dados, avaliando as exigências legais para a concessão da previsão legal, tornam bem transparente a concessão do benefício. Essa avaliação está explicitada no Quadro 7.

Quadro 7 - Avaliação e grau da deficiência

Funções corporais		
b710	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações	Deficiência grave
b730	Funções relacionadas com a força muscular	Deficiência grave
Atividade e participação		
d230	Realizar rotinas diárias	Deficiência grave
d450	Andar	Deficiência grave
d510	Lavar-se	Não se aplica
d550	Comer	Não se aplica
d850	Trabalho remunerado	Deficiência grave

Após a aplicação dos *core sets* da CIF para avaliação e gradação da pessoa com deficiência e enquadramento conforme dispositivos legais que lhe garantam direitos fundamentais e de participação na sociedade, destacam-se aspectos positivos e negativos:

Aspectos positivos:

- Facilidade de inclusão de dados obtidos com o enquadramento legal, tornando mais transparente a avaliação;
- Individualização da deficiência, por meio da aplicação conjunta da CID e da CIF e de seus impactos em diversos aspectos da classificação da deficiência, tornando-a mais criteriosa; e
- Utilização da Classificação chancelada pela OMS torna seu uso mais confiável.

Aspectos negativos:

- A possível resistência por parte de alguns profissionais quanto ao entendimento do uso da CIF devido a sua extensa estrutura; e
- A necessidade de ampliar os *core sets* para algumas das demandas da legislação.

Dessa forma, conclui-se que é possível a utilização dos core sets da CIF e torna o processo de avaliação mais criterioso, facilitando o trabalho de enquadramento legal através de um instrumento reconhecido e indicado pela OMS.

Sugere-se a sua aplicação e ampliação para as demais situações legais de avaliação de deficiências previstas no Brasil.

Finalmente, evidenciou-se que é necessário aplicar os *core sets* respeitando as condições individuais e considerando, integralmente, a repercussão da ou das deficiências nas demais alterações decorrentes que envolvem outros sistemas, membros, sentidos ou funções.

4.3.2 Segundo Caso: Dedo Amputado

- a) O caso: Homem, 44 anos, tecnólogo em informática. Sofreu acidente doméstico com lesão traumática corto-contusa que evoluiu para amputação do dedo anular esquerdo há 2 anos. Queixa-se de dormência em coto. Almeja vaga de emprego para deficientes em empresa prestadora de serviços de assistência técnica em informática. De posse dessas características, identificou-se a CID S68.1 (Amputação traumática de um dedo apenas, completa, parcial).
- b) A legislação: Conforme a Lei nº 8.213/1991, a empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas. A Instrução Normativa SIT/MTE nº 98/2012 (Brasil, 2012b) dispôs sobre os procedimentos de fiscalização do cumprimento, por parte dos empregadores, das normas de inclusão no trabalho das pessoas com deficiência, e beneficiários da Previdência Social reabilitados, tomando como base para caracterização da condição o Decreto nº 3.298/99, que assim dispõe sobre deficiência física:

“Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias: I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções” (Brasil, 1999a).

- a. O *core set*: selecionaram-se, dentro do sítio www.icf-core-sets.org, as codificações que se relacionam ao caso apresentado: Candidato à vaga de emprego para deficiente com dedo amputado, sendo utilizado o conjunto básico “Genérico” (vide anexo II).

Quadro 8 - Sensações relacionadas aos músculos e funções de movimento

b130	Energia e funções de condução de veículos
b152	Funções emocionais
b280	Dor
d230	Realizar rotinas diárias
d450	Deambular
d455	Movimentar-se
d850	Emprego remunerado

O Decreto nº 3.298/99 (Brasil, 1999a), que dispôs sobre deficiência física, considera alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, **exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções** (nosso grifo).

Nesse sentido, pela análise do Formulário de Documentação Baseado na CIF, obteve-se o resultado *sem incapacidade, sem comprometimento de atividades e participação*. A amputação do dedo anular esquerdo não produz dificuldades para o desempenho das funções; logo, não se enquadra na legislação vigente. Todavia, observa-se cotidianamente a contratação de pessoas com deformidades que não produzem dificuldades para o desempenho das funções em desconformidade com o previsto na legislação.

4.3.3 Terceiro Caso: Membro Inferior Direito Amputado

- a) O caso: Homem, 38 anos, motorista de aplicativo, sofreu atropelamento quando conduzia sua moto há 3 anos, e apresenta membro inferior direito amputado em nível suprapatelar, em uso de prótese. Queixa-se de dor fantasma em coto. Almeja comprar novo automóvel com o benefício da isenção de IPI. De posse dessas características, identificou-se a CID S8.8.0 (Amputação traumática ao nível do joelho).

- b) A legislação: Conforme a Lei nº 8.989/1995 (Brasil, 1995), alterada pela Lei nº 10.690/03 (Brasil, 2003a), ficam isentos do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) os automóveis de passageiros de fabricação nacional, equipados com motor de cilindrada não superior a 2,000 cm³ (dois mil centímetros cúbicos), de no mínimo 4 (quatro) portas, inclusive a de acesso ao bagageiro, movidos a combustível de origem renovável, sistema reversível de combustão ou híbrido e elétricos, quando adquiridos por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas diretamente ou por intermédio de seu representante legal. Para a concessão do benefício previsto no art. 1º é considerada, também, pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparisia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.
- c) O *core set*: selecionaram-se, dentro do sítio www.icf-core-sets.org, as codificações que se relacionam ao caso apresentado: homem interessado na aquisição de veículo com isenção de IPI, sendo utilizado o conjunto básico “Genérico”.

Quadro 9 - Sensações relacionadas aos músculos e funções de movimento

b110	Energia e funções de condução de veículos
b134	Sono
b152	Emoção
b180	Experiência de funções próprias e em relação ao tempo
b260	Propriocepção
b280	Dor
b415	Função circulatória
b440	Função respiratória
b455	Tolerância ao exercício
b525	Defecação

Para a concessão do benefício previsto no art. 1º é considerada, também, pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física,

apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, **exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções** (grifo nosso).

Conforme a avaliação pela CIF e legislação vigente, o requerente de isenção de IPI enquadra-se nos requisitos exigidos, como exposto no anexo III.

Os exemplos empíricos trazem a aplicação dos *core sets* da CIF respeitando o contido nas leis, de acordo com os benefícios específicos. A avaliação biopsicossocial com observância dos critérios clínicos para o enquadramento legal e consequente efeito de concessão de benefícios traz segurança ao ato médico pericial. Todavia, o estudo evidenciou conflitos regulamentares e conceituais das normas vigentes.

Conclusão

Acontecimentos históricos produziram pessoas mutiladas, além dos vários indivíduos que já nascem com alguma deficiência, seja ela de comportamento, físicas ou de cognição. Em 1948, resultado do esforço de líderes dos países vencedores da II Guerra Mundial, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH* foi promulgada pelas Nações Unidas na busca de construir uma sociedade com liberdade, justiça e paz.

O Brasil apresenta 23,9% da população total com algum tipo de deficiência física, auditiva, motora e mental ou intelectual, em decorrência de diversas causas: congênita, doença ou acidente (IBGE, 2010), e vem aprimorando a legislação para as pessoas com deficiência ao longo dos anos.

Embora o conceito de deficiência necessite do entendimento de diversos termos para compreender sua complexidade, como incapacidade e restrição, a Organização Internacional do Trabalho – OIT definiu *pessoa deficiente* como aquela que apresenta possibilidades reduzidas de conseguir e manter um emprego adequado e de ter progresso em razão de deficiência física ou mental, desde que devidamente comprovada. No Brasil, a definição *pessoa portadora de deficiência* é a que apresenta perdas ou anormalidades na estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, em caráter permanente, estando incapacitada para desempenhar atividades consideradas normais a um ser humano, não considerando a questão estética.

As pessoas portadoras de deficiência enfrentam discriminação, exclusão, preconceito e desvalorização de suas vidas, e tais situações contribuem para que se mantenham vulneráveis. Embora mudanças consideráveis tenham ocorrido desde a década de 1960, quando cresceu a luta pelo protagonismo de suas vidas e reivindicação de direitos, a pessoa portadora de deficiência ainda é estigmatizada por sua incapacidade, mesmo que já se reconheça a importância do ambiente para que condições de desvantagens não sejam impostas a esses indivíduos. Uma sociedade inclusiva, com ambiente favorável, pode mitigar desvantagens e permitir que essas pessoas possam exercer seus direitos e liberdades.

A *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* (2006) buscou assegurar respeito, evitar discriminação, incentivar a participação desses indivíduos na sociedade, com igualdade de oportunidades, acessibilidade e igualdade.

A legislação vem, ao longo dos anos, buscando implementar direitos e benefícios com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência. Entretanto, o *emaranhado legislativo* permite interpretações que podem levar à concessão de benefícios a

peessoas com deformidades leves, em detrimento daqueles com comprometimento significativo de funcionalidade. Assim, esta tese teve o objetivo questionar o equívoco conceitual de deficiência, funcionalidade e capacidade laborativa, e a existência de possível conflito bioético concernente ao princípio da beneficência e da justiça na avaliação da deficiência declarada.

Para encontrar respostas para os questionamentos, inicialmente a legislação brasileira foi comparada a de outros países da América Latina para verificar a similaridade entre as leis e propor adaptações no instrumento, que possibilitem evitar interpretações diferentes.

Com exceção de Cuba, foram encontrados dispositivos legais nos demais países pesquisados: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela, estando alinhados com os princípios dispostos na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (2006). Esse alinhamento inclui a definição de pessoa com deficiência, que pode ser sintetizada como aquela que apresenta deficiências físicas, sensoriais, mentais ou intelectuais em caráter permanente ou em longa duração, e que são impedidas de participar plena e efetivamente na sociedade com igualdade de oportunidades com outras pessoas em razão de barreiras do meio.

As leis estudadas têm em comum a proposta de garantir direitos fundamentais e liberdades às pessoas com deficiência através de políticas públicas que visam à igualdade de oportunidades nos campos da saúde, reabilitação, educação, trabalho, lazer, cultura e justiça. Contudo, na maioria dos países, as leis não determinam se a avaliação deve ser biopsicossocial ou qual critério deve ser adotado.

Assim como no Brasil, critérios da CID e da CIF são usados na Bolívia, Chile, Colômbia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela para avaliação e certificação de pessoas com deficiência. Avaliações biopsicossociais são realizadas por médicos na Bolívia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Uruguai e Venezuela. No Brasil, Chile e Ecuador, a avaliação social é realizada por outros profissionais para complementar a avaliação realizada por médicos. Na Argentina, Colômbia, Costa Rica, Haiti e Panamá, as avaliações são biomédicas. Nos outros países não foi possível definir, por meio da legislação, como as avaliações de pessoas com deficiência são realizadas.

Ainda na busca para as respostas aos questionamentos norteadores desta tese, a legislação brasileira pertinente foi estudada. Observou-se que se apresenta fragmentada, que há conflitos entre elas e ainda, que não consideram o atual conceito de deficiência.

A análise permitiu verificar que os dispositivos legais existem de forma diversificada quanto à garantia de variados benefícios para as pessoas com deficiência, e utilizam conceitos, parâmetros e modelos de avaliação distintos.

Face à diversidade de diplomas legais para diferentes direitos e a dificuldade de acessar as informações em relação a esses direitos e respectivas normas, faz-se necessário, como forma de tornar a busca com fácil acesso, a publicação de um documento com toda a legislação que versa sobre o tema para facilitar e organizar o trabalho dos envolvidos na avaliação, além de promover o entendimento apropriado de outros profissionais e da população em geral acerca do tema. A existência de variados direitos e benefícios para as pessoas com deficiência necessita de revisão e da elaboração da *Consolidação das Leis, Decretos, Portarias e Instruções Normativas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* de maneira uniforme, com fundamentação técnico-científica apropriada e coerente com o disposto na Constituição Federal de 88, na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão.

Foram encontradas trinta e três normas legais, das quais apenas três leis e dois decretos estão alinhados com o preconizado pela convenção dos direitos da pessoa com deficiência. Entre eles, há concessão de pensão especial aos portadores da síndrome da Talidomida; isenção de IOF nas operações de financiamento de automóveis de passeio; no caso de concurso público, é garantido percentual de 20% das vagas destinadas às pessoas com deficiência; reserva de 5% das vagas para cargos e empregos públicos, a serem ofertados em concurso público, para pessoa com deficiência; aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do RGPS; direito ao Passe Livre para as pessoas com deficiência e comprovadamente carentes; percentual de vagas de mobilidade urbana é assegurado à pessoa com deficiência, assim como o benefício de meia-entrada para cinema, cineclubes, teatros, espetáculos musicais e circenses e eventos educativos, esportivos e de lazer. Também se verificou divergência entre as normas no que tange a adoção do conceito atual de deficiência. Algumas normas não dispõem sobre avaliação médica, funcional e social da deficiência; enquanto alguns benefícios do INSS somente são concedidos a partir de avaliação biopsicossocial, realizada por dois profissionais, sendo um médico e outro assistente social.

A aposentadoria especial pelo INSS é concedida a partir da avaliação biopsicossocial e multiprofissional da pessoa com deficiência, a partir da qual a pessoa será considerada sem deficiência para fins de aposentadoria especial ou com deficiência leve, moderada ou grave. O trabalhador que foi admitido em uma empresa nas cotas destinadas à pessoa com deficiência,

segundo o Decreto nº 3298/1999, e no que difere do preconizado em Lei Complementar, poderá ser considerado pessoa com deficiência para fins aposentadoria especial.

É importante ressaltar que a avaliação da pessoa com deficiência é realizada, no Brasil, com aplicação conjugada da CID e da CIF, que compreende componentes de saúde, e certos componentes que proporcionam bem-estar se relacionam com ela, como o trabalho e a educação, englobando tanto os domínios da saúde quanto aqueles relacionados com ela. Assim, são consideradas as perspectivas do corpo, do indivíduo e da sociedade, compondo-se por duas listas, uma com as Funções e Estruturas do Corpo e outra com Atividades e Participação. A partir dele, o Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IF-BrA) foi implementado por Portaria Interministerial. Assim, a identificação da deficiência é feita a partir de uma perspectiva biopsicossocial, seguindo as recomendações definidas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

A partir do banco de dados disponibilizado pelo INSS (o mesmo utilizado pela equipe de elaboração do IF-BrA), realizou-se um estudo analítico comparando as avaliações aplicadas pelos médicos peritos e pelos assistentes no período de outubro de 2013 a janeiro de 2016, relacionado as avaliações dos trabalhadores segurados da previdência que pleitearam o benefício da aposentadoria especial à pessoa com deficiência. A análise de correlação e de significância realizadas não demonstrou haver diferença entre a avaliação feita pelo médico perito e pelo assistente social, ao serem aplicadas na régua utilizada para o enquadramento na situação de aposentadoria, de acordo com o grau de deficiência apresentado. Todavia, os conceitos de gradação de deficiência entre o médico perito e o assistente social são diversos, o que pode ser explicado pela diferente interpretação de cada profissional acerca do que está definido no manual do IF-BrA. Caberia, ainda, discutir os critérios de definição da régua de obtenção do benefício, objetivando melhorar a sua acurácia.

Para demonstrar a aplicabilidade da CIF e em busca das respostas aos questionamentos desta pesquisa, três casos de avaliação da pessoa com deficiência submetidos à avaliação pelos *core sets* da CIF com fins de concessão de benefícios especificados em Lei, e foram verificados alguns casos empíricos. No 1º caso, uma pessoa nascida em 1960 com Focomelia simétrica em membros inferiores, redução de tíbia e fíbula, alteração dos reflexos, com dificuldade para deambular, requereu pensão especial aos portadores da síndrome da Talidomida à luz da Lei nº 7070/1982. Com a aplicação codificações da CIF, foi identificada deficiência grave em funções relacionadas com a mobilidade das articulações, em consonância com a legislação específica.

No 2º caso, um homem com dedo anular esquerdo amputado almejava vaga de emprego para técnico de informática, dentre as cotas garantidas pela Lei nº 8213/91, que determinou de 2% a 5% dos cargos em empresas com 100 ou mais funcionários para pessoas com deficiência. A base legal para caracterização é o Decreto nº 3298/99, que somente considera deficiência física aquelas que produzem dificuldade para o desempenho de funções, e não apenas as deformidades estéticas. A partir da seleção das codificações da CIF relacionadas ao caso, obteve-se o resultado: sem incapacidade, sem comprometimento de atividades e participação, dissonante da exigência legal.

No 3º caso, homem com membro inferior amputado em nível suprapatelar almejou comprar um veículo com isenção de IPI consoante a Lei nº 8989/1995. Para a concessão do benefício previsto, é considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, o que é compatível com o caso do requerente.

Em todos os casos houve necessidade de conjugar CID e CIF para avaliar a deficiência e o enquadramento legal.

Sempre que o médico perito realiza a avaliação biopsicossocial, a avaliação da pessoa com deficiência deve buscar o amparo legal para o devido enquadramento. Assim, o benefício a ser concedido a partir da avaliação da deficiência estará de acordo com os princípios bioéticos, da beneficência e da justiça.

A possibilidade de conflito bioético pode ocorrer com a intenção de *ajudar* o requerente, sendo tendencioso, não retratando a realidade dos fatos e não se atendo à legislação. O profissional médico perito deve seguir o Código de Ética Médica, que conduz o profissional aos princípios bioéticos da justiça e da beneficência. Por esta razão, a tese defendida é que o profissional apto por formação para a realização da avaliação dos critérios clínicos, sociais e de enquadramento legal de concessão do benefício é o médico. Assim, avaliações que envolvem profissionais com outras formações, como demonstrado no decorrer do trabalho, deveriam ser indicadas quando necessárias, mas apenas para subsidiar a conclusão pericial. Avaliações duplas, com o mesmo instrumento, como realizadas no caso do IF-BrA, apenas oneram os cofres públicos, visto que a perícia médica biopsicossocial conjugando a CID e a CIF atende ao conceito hodierno de deficiência, ultrapassa o modelo biomédico, e permite uma avaliação integral da pessoa com deficiência. O conceito de pessoa com deficiência é definido como aquela que apresenta impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou

sensorial, e isto exige a determinação do diagnóstico conforme a CID/OMS. Esse impedimento em interação com diversas barreiras pode obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, sendo esta a razão de ser indispensável a avaliação conjugada da CID e da CIF.

Referências

ALMEIDA, EHR. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. *Rev. bioét (Impr.)* 2011; 19(1): 277 – 98).

ARGENTINA. InfoLeg – Informação Legislativa. Ley N° 20.475, de 23 de mayo de 1973. [Internet] [acesso 26 jul. 2020]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/42429/norma.htm>

ARGENTINA. Ley N° 22.421, de 16 de marzo de 1981. [Internet] [acesso 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Ley-Nº-22431-Sistema-de-Protección-Integral-de-los-Discapacitados.pdf>

AVANT, LC & SWETZ, KMS. Revisiting Beneficence: What is a ‘Benefit’, and by What Criteria? *The American Journal of Bioethics*, 2020, 20:3, 75-77, DOI: 10.1080/15265161.2020.1714808

BEAUCHAMP, TL & CHILDRESS, JF. *Principles of Biomedical Ethics* 8th. Oxford: Oxford University Press, 2019.

BEAUCHAMP, TL. "The Principle of Beneficence in Applied Ethics", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/principle-beneficence/>>.

BERNARDES, LCG. Bioética, deficiência e políticas públicas: uma proposta de análise a partir da abordagem da capacidade. Tese. Doutorado em Bioética. Universidade de Brasília, 2016.

BETTINI-PEREIRA, R; NUNES, R & BLASCOVI-ASSIS, S. Princípios de Autonomia e Beneficência presentes em Pesquisas Realizadas com Cuidadores de Pessoas com Deficiências. *Millenium*, 49 (jun/dez). 2015, pp.173-194.

BOLIVIA. Ley N° 223, de 02 de marzo de 2012. [Internet] [acesso 26 jul. 2020]. Disponível em: https://www.comunicacion.gob.bo/sites/default/files/dale_vida_a_tus_derechos/archivos/LEY%20223%20ACTUALIZACION%202018%20WEB.pdf

BOLIVIA. Decreto Supremo N° 25.851, de 21 de julio de 2000. [Internet] [acesso em: 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/815/ley-de-pensiones-25851>

BRASIL. Constituição Federativa do Brasil de 1988a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm

BRASIL. Lei nº 10.098, de 10 de dezembro de 2000d. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 28 de dezembro de 1999a. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

BRASIL. A Convenção sobre Direitos das pessoas com Deficiência Comentada. Coordenação de Ana Paula Crosara de Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. _Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p.164.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015a. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm

BRASIL. Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982. Dispõe sobre pensão especial para os deficientes físicos que especifica e dá outras providencias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/17070.htm

BRASIL. Lei nº 8.686, de 20 de julho de 1993. Dispõe sobre o reajustamento da pensão especial aos deficientes físicos portadores da Síndrome de Talidomida, instituída pela Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8686.htm

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.

BRASIL. Lei nº 12.190, de 13 de janeiro de 2010. Concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida, altera a Lei no 7.070, de 20 de dezembro de 1982. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112190.htm

BRASIL. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988b. Altera a legislação do imposto de renda. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17713.htm

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm

BRASIL. Decreto nº 9.508, de 24 de setembro de 2018. Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos

seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9508.htm

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991a. Dispõe sobre Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012a. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm

BRASIL. Ministério da Economia. Relação de Informações Sociais – RAIS, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho/pt-br/assuntos/empregador/rais>

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Instrução Normativa nº 98, de 15 de agosto de 2012b. Dispõe sobre procedimentos de fiscalização do cumprimento, por parte dos empregadores, das normas destinadas à inclusão no trabalho das pessoas com deficiência e beneficiários da Previdência Social reabilitados. Disponível em: https://sit.trabalho.gov.br/portal/images/SST/SST_legislacao/SST_portarias_2012/Instrucao_Normativa_98_Fiscalizacao_Deficientes.pdf

BRASIL. Lei nº 8.383, de 30 de dezembro de 1991b. Institui a Unidade Fiscal de Referência, altera a legislação do imposto de renda. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8383.htm

BRASIL. Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre a Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8989.htm

BRASIL. Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003a. Reabre o prazo para que os Municípios que refinanciaram suas dívidas junto à união possam contratar empréstimos ou financiamentos, dá nova redação à Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.690.htm.

BRASIL. Instrução Normativa RFB nº 1.769, de 18 de dezembro de 2017. Disciplina a aplicação da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou relativas a Títulos e Valores Mobiliários (IOF), na aquisição de veículos por pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas. Disponível em: <http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?visao=anotado&idAto=88750>

BRASIL. Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2 de 21 de novembro de 2003b. Define critérios e requisitos para emissão de laudos de avaliação de Pessoas Portadoras de Deficiência Mental Severa ou Profunda, ou autistas, com a finalidade da obtenção da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), na Aquisição de Automóveis para Utilização no Transporte Autônomo de Passageiros, diretamente ou por intermédio de seu representante legal. Disponível em: <http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/documentos/portaria-sedh-ms-2-2003.pdf/view>.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000a. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110048.htm

BRASIL. Lei nº 10.050, de 14 de novembro de 2000b. Altera o art. 1.611 da Lei no 3.071, de 1º de janeiro de 1916 – Código Civil, estendendo o benefício do § 2º ao filho necessitado portador de deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10050.htm

BRASIL. Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015b. Altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural e, ainda essa última, para atualizar o rol de dependentes, estabelecer regra de não incidência do fator previdenciário, regras de pensão por morte e de empréstimo consignado, a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003, para assegurar pagamento do seguro-defeso para familiar que exerça atividade de apoio à pesca, a Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012, para estabelecer regra de inscrição no regime de previdência complementar dos servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, para dispor sobre o pagamento de empréstimos realizados por participantes e assistidos com entidades fechadas e abertas de previdência complementar e a Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113183.htm

BRASIL. Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015c. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113135.htm

BRASIL. Lei nº 11.692, de 10 de junho de 2008a. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Projovem, instituído pela Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005; altera a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004; revoga dispositivos das Leis nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, 10.748, de 22 de outubro de 2003, 10.940, de 27 de agosto de 2004, 11.129, de 30 de junho de 2005, e 11.180, de 23 de setembro de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111692.htm

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012c. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112711.htm

BRASIL. Decreto nº 7.824, de 11 de outubro de 2012d. Regulamenta a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, que dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7824.htm

BRASIL. Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012e. Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana; revoga dispositivos dos Decretos-Leis nº 3.326, de 3 de junho de 1941, e 5.405, de 13 de abril de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e das Leis nº 5.917, de 10 de setembro de 1973, e 6.261, de 14 de novembro de 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112587.htm

BRASIL. Portaria MT no 261, de 3 de dezembro de 2012f. Disciplina a concessão e a administração do benefício de passe livre à pessoa com deficiência, comprovadamente carente, no sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros, de que trata a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=247640>

BRASIL. Lei nº 12.933, de 26 de dezembro de 2013a. Dispõe sobre o benefício do pagamento de meia-entrada para estudantes, idosos, pessoas com deficiência e jovens de 15 a 29 anos comprovadamente carentes em espetáculos artístico-culturais e esportivos, e revoga a Medida Provisória nº 2.208, de 17 de agosto de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12933.htm

BRASIL. Decreto nº 8.537, de 5 de outubro de 2015d. Regulamenta a Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013, e a Lei nº 12.933, de 26 de dezembro de 2013, para dispor sobre o benefício da meia-entrada para acesso a eventos artístico-culturais e esportivos e para estabelecer os procedimentos e os critérios para a reserva de vagas a jovens de baixa renda nos veículos do sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/D8537.htm

BRASIL. Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013b. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp142.htm

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999c. Aprova o Regulamento da Previdência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm

BRASIL. Decreto nº 10.410, de 30 de junho de 2020a. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10410.htm

BRASIL. Decreto nº 8.145, de 3 de dezembro de 2013c. Altera o Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8145.htm

BRASIL. Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994. Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8899.htm

BRASIL. Decreto nº 3.691, de 19 de dezembro de 2000c. Regulamenta a Lei no 8.899, de 29 de junho de 1994, que dispõe sobre o transporte de pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3691.htm

BRASIL. Portaria nº 502, de 28 de dezembro de 2009a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0502_28_12_2009.html

BRASIL. Portaria GM nº 410, de 27 de novembro de 2014. Dá cumprimento ao Acórdão proferido na Ação Civil Pública nº 0052380- 68.2010.4.01.3400/DF, pela 5ª Turma do Tribunal

Regional Federal da 1ª Região. Disponível em:
<http://www2.transportes.gov.br/BaseJuridica/Detalhe.asp?Codigo=15030>

BRASIL. Portaria nº 3.407, de 2 de dezembro de 2016. Estabelece orientação quanto ao conceito de deficiência auditiva para fins de concessão do benefício do Passe Livre. Disponível em:
https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24642484/do1-2016-12-05-portaria-n-3-407-de-2-de-dezembro-de-2016-24642408

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº2.217 de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2226/2019/Conselho Federal de Medicina-Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108p. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

CUNHA, OE. Ações Afirmativas: O princípio constitucional da igualdade e as cotas raciais. TCC (Bacharel em Direito). Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia/Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis, 2017. Disponível em:
<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/20204/3/AcoesAfirmativasPrincipio.pdf>

DURAND G. Introdução Geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos; tradução de Nicolas Nyimi Campanário – 5. ed – São Paulo. Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2014. p.115.

EPIPHANIO, EB; VILELA, JRPX. Perícias Médicas: teoria e prática/coordenadores Emilio Bicalho Epiphanyo e José Ricardo de Paula Xavier Vilela – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FERNANDES, FC; CHEREM, AF. Dano corporal e mensuração da incapacidade. Ver. Bras. Med. Trab., Belo Horizonte. Vol.3 No 2. p.123-34. Ago-dez. 2005.

FORTES, P; A Carvalho. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. Revista Bioética 2008 16 (1): 25-39

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm.

KIPPER, DJ; CLOTET, J: Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: COSTA, SIF; OSELKA, G, GARRAFA, V (coord.). Iniciação à bioética. Coordenadores. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 43.

LARAIA, MIF. *A pessoa com deficiência e o direito ao trabalho*. 2009. 197 p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://livros01.livrosgratis.com.br/cp121701.pdf>

MAIOR, IMML. História, conceito e tipos de deficiência. 2016. Disponível em:
<http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>.

MAIOR, IMML. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. 2017. Disponível em: <https://www.inclusive.org.br/arquivos/30808>.

MAIOR, IMML. Apresentação. In: RESENDE, APC; VITAL, FMP (coord.). A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenação Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, 2008. p. 20-22. Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-comentada.pdf/view>.

MARTINS LP. Definições. In: RESENDE, APC; VITAL, FMP (coord.). A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenação Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, 2008. p.28-29. Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-comentada.pdf/view>.

MICHAELIS. Dicionário Prático de Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2009.

MONTEIRO, PJC. Bioética e Saúde Pública: justiça e equidade no acesso aos cuidados de saúde, 2019. 120 p. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília/Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2019. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/36152/1/2019_PL%C3%ADnioJoséCavalcanteMonteiro.pdf.

NOGUEIRA, G. Propósitos. In: RESENDE, APC; VITAL, FMP (coord.). A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenação Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, 2008. p. 26. Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-comentada.pdf/view>.

NUNES, R. Evidence-Based Medicine: A new tool for resource allocation. *Medicine, Health Care and Philosophy* 6: 297-301, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14620466/>

NUNES, R. Deafness, genetics and dysgenics. *Medicine, Health Care and Philosophy* (2006) 9: 25-31 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16645795/>

NUNES, R; REGO, G. Priority setting in health care: a complementary approach. *Health Care Anal.* 2014 Sep; 22(3): 292-303. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23512613/>

NUNES, R. Bioethics: Medical. *Encyclopedia of Global Bioethics*, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/302530114_Bioethics_Medical

NUNES, R. Ensaios em bioética. /Rui Nunes. Brasília: CFM, 2017. 200p.

NUNES, R; NUNES, S.B. & REGO, G. Health care as a universal right. *J. Public Health* 25, 1-9 (2017). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-016-0762-3#citeas>

NUNES, R. Fair Equality of Opportunity in Healthcare. The NKUA Applied Philosophy Research Lab. Vol 3. Nº 2 (2018). Disponível em: <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/Conatus/article/view/19383>

NUNES, R. Addressing Gender Inequality to Promote Basic Human Rights and Development: A Global Perspective. CEDIS Working Papers. Questões de gênero e outras aplicações do princípio da igualdade no Direito Português. Nº 1. Agosto de 2020. Disponível em: https://cedis.fd.unl.pt/wp-content/uploads/2020/08/CEDIS_working-papers_EQUAL_RuiNunes.pdf

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Convenção 159. Genebra, 1983. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/convencoes/WCMS_236165/lang--pt/index.htm.

OLIVEIRA, NSC. Core set da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta de classificação da saúde física de idosos residentes na comunidade. 50f. [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. OPAS/OMS; EDUSP, 2015.

PAULA AR. Princípios Gerais. In: RESENDE, APC; VITAL, FMP (coord.). A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenação Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, 2008. p.31-32. Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-comentada.pdf/view>.

PFEIFFER, D. The Philosophical Foundations of Disability Studies. Disability Studies Quarterly; 2002; 22(2): 3-23.

POST, Stephen G. [editor in chief] Encyclopedia of bioethics. 3rd ed., 2012.

POTTER, V.R. Bioética: ponte para o futuro. Tradução de Diego Carlos Zanella. São Paulo: Loyola, 2016.

RAUCH, A; CIEZA, G; STUCKI, G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. 2008. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/18762742>.

REGO, G; BRANDÃO, C; MELO, H; NUNES, R. Distributive Justice and the Introduction of Generic Medicines. Health Care Analysis 10: 221-229, 2002. Kluwer Academic Publishers. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11172008_Distributive_Justice_and_the_Introduction_of_Generic_Medicines/citations

RIBEIRO, DTA. Estudo bioético das denúncias contra médicos ao Conselho Regional de Medicina do Acre-Brasil, 2019. 114p. Tese (Doutorado). Universidade do Porto/Programa de Doutorado em Bioética, 2019. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKahUK_Ew3txJntAhWTGbkGHammAiIQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2FsigarrF.up.pt%2

Ffmup%2Fpt%2Fpub_geral.show_file%3Fpi_doc_id%3D147246&usg=AOvAOv1QRjdCyJ VwLBnYc9wRJ9IX.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a21v64n5.pdf>.

ROCHA, RNM; FERNANDES, FC; BEZERRA, JC, NUNES, R. Comparative Study on Evaluations Conducted by Medical Doctors and Social Workers in which the Adapted Brazilian Functionality Index for Granting Retirement to Persons with Disability Was Applied. International Archives of Medicine, [S.l.], v. 12, mai. 2019. ISSN 1755-7682. Disponível em: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2881>.

ROCHA, RNM, FERNANDES, FC, NUNES, R. (2020). Assessment of individuals with disabilities in Latin America: a comparative study of the legislation. International Archives of Medicine, [S.l.], v. 13, nov. 2020. ISSN 1755-7682. Disponível em: <http://imedicalpublisher.com/ojs/index.php/iam/article/view/2932>.

RAWLS, J. Uma teoria da justiça/ John Rawls tradução: Jussara Simões; revisão técnica e da tradução Álvaro de Vita. 4.ed. rev. - São Paulo: Martins Fontes - selo Martins, 2016. - (Coleção justiça e direito)

SANTOS, IL. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da Bioética. Rev. bioét. (Impr.). 2020; 28(2): 229-3

SEVERINO AJ. Metodologia do trabalho científico [livro eletrônico] 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, LG. Portadores de deficiência, igualdade e inclusão social. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/portadores-de-deficiencia-igualdade-e-inclusao-social/>

SMART, JJC. An Outline of a System of Utilitarian Ethics (Melbourne: University Press, 1961.

SMART, JJC. Extreme and Restricted Utilitarianism. Contemporary Utilitarianism. Ed. Michael Bayles. Garden City, Ny: Doubleday and Co.,1968), esp. pp. 104-7, 113-15.

TEIXEIRA, MCA. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil, 2010. 131p. Tese (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4778/61080100037.pdf>

TAYLOR, RM. (2013). Ethical principles and concepts in medicine. Handbook of Clinical Neurology, 1–9. doi:10.1016/b978-0-444-53501-6.00001-9

UNITED NATIONS. Universal Declaration of Human Rights. 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.

VIANNA FSL. Uso atual de Talidomida e defeitos congênitos no Brasil. [Dissertação Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

VIEIRA, AP. As Ações Afirmativas como Mecanismo de Inclusão das Pessoas com Deficiência Física e Sensorial à luz da Constituição Federal de 88. 56p. Monografia (Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Direito Público). Escola Superior da Magistratura do Estado do Ceará – ESMEC. Fortaleza/CE, 2011. Disponível em: <https://esmec.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2014/12/PDF200.pdf>

VIEIRA, CL. Perícia Médica e Capacidade para o Trabalho no Serviço Público. *In*: DANTAS, RAA (org.). Perícia Médica: estabelecendo nexos, avaliando danos e constatando incapacidade. São Paulo: LTr, 2010. p.132.

ZANELLA, Diego Carlos. (2018) Humanidades e ciência: uma leitura a partir da bioética de Van Rensselaer Potter. Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu) Vol 22. No.65 Botucatu abr/jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200473&lng=pt&tlng=pt

ZOCRATTO, Thays Rettore Cabral & Col. SEAP. Secretaria de Estado de Administração Pública do Distrito Federal. Manual de Perícia Médica. Brasília, 2013. 267p. Oficial. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Manual-de-Pericia-M%C3%A9dica-Oficial-do-GDF.pdf>

Anexos

Anexo I – Perfil de Funcionamiento de Talidomida

Perfil de Funcionamiento

FUNCIONES CORPORALES		Deficiencia					
			0	1	2	3	4
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos (G)						
b134	Funciones del sueño						
b152	Funciones emocionales (G)						
b280	Sensación de dolor (G)						
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio						
b620	Funciones urinarias						
b640	Funciones sexuales						
b710	Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones						
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular						
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		Dificultad					
			0	1	2	3	4
d230	Llevar a cabo rutinas diarias (G)	D					
		C					
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	D					
		C					
d410	Cambiar las posturas corporales básicas	D					
		C					
d415	Mantener la posición del cuerpo	D					
		C					
d420	Transferir el propio cuerpo	D					
		C					
d450	Andar (G)	D					
		C					
d455	Desplazarse por el entorno (G)	D					
		C					
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	D					
		C					
d470	Utilización de medios de transporte	D					
		C					
d510	Lavarse	D					
		C					
d520	Cuidado de partes del cuerpo	D					
		C					
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	D					
		C					
d540	Vestirse	D					
		C					
d550	Comer	D					
		C					
d570	Cuidado de la propia salud	D					
		C					
d640	Realizar los quehaceres de la casa	D					
		C					
d660	Ayudar a los demás	D					
		C					
d710	Interacciones interpersonales básicas	D					
		C					

d770	Relaciones íntimas	D	
		C	
d850	Trabajo remunerado (G)	D	
		C	
d920	Tiempo libre y ocio	D	
		C	

D hace referencia a 'desempeño'

C hace referencia a 'capacidad'

Anexo II – Perfil de Funcionamento Dedo amputado

Functioning Profile

BODY FUNCTIONS		Impairment							
			0	1	2	3	4		
b130	Energy and drive functions (G)								
b152	Emotional functions (G)								
b260	Proprioceptive function								
b280	Sensation of pain (G)								
b415	Blood vessel functions								
b440	Respiration functions								
b455	Exercise tolerance functions								
b525	Defecation functions								
b620	Urination functions								
b710	Mobility of joint functions								
b735	Muscle tone functions								
BODY STRUCTURES		Impairment							
			0	1	2	3	4		
s410	Structure of cardiovascular system								
s710	Structure of head and neck region								
s730	Structure of upper extremity								
s740	Structure of pelvic region								
s760	Structure of trunk								
s810	Structure of areas of skin								
ACTIVITIES AND PARTICIPATION		Difficulty							
			0	1	2	3	4		
d240	Handling stress and other psychological demands	P							
		C							
d410	Changing basic body position	P							
		C							
d415	Maintaining a body position	P							
		C							
d420	Transferring oneself	P							
		C							
d450	Walking (G)	P							
		C							
d510	Washing oneself	P							
		C							
d520	Caring for body parts	P							
		C							
d530	Toileting	P							
		C							
d550	Eating	P							
		C							
ENVIRONMENTAL FACTORS		Facilitator			Barrier				
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3
e110	Products or substances for personal consumption								
e355	Health professionals								
e420	Individual attitudes of friends								

P refers to performance

C refers to capacity

Anexo III – Perfil de Funcionamiento MID amputado

Perfil de Funcionamiento

FUNCIONES CORPORALES		Deficiencia					
			0	1	2	3	4
b114	Funciones de la orientación						
b1142	Orientación respecto a la persona						
b11428	Funciones de la orientación respecto a la persona, otras especificadas						
b11429	Funciones de la orientación respecto a la persona, no especificadas						
b1148	Funciones de la orientación, otras especificadas						
b1149	Funciones de la orientación, no especificadas						
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos (G)						
b134	Funciones del sueño						
b152	Funciones emocionales (G)						
b260	Función propioceptiva						
b270	Funciones relacionadas con la temperatura y otros estímulos						
b280	Sensación de dolor (G)						
b415	Funciones de los vasos sanguíneos						
b435	Funciones del sistema inmunológico						
b440	Funciones respiratorias						
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio						
b525	Funciones relacionadas con la defecación						
b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso						
b620	Funciones urinarias						
b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones						
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular						
b735	Funciones relacionadas con el tono muscular						
b740	Funciones relacionadas con la resistencia muscular						
b755	Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario						
b760	Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios						
b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha						
b780	Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento		9				
b810	Funciones protectoras de la piel						
ESTRUCTURAS CORPORALES		Deficiencia					
			0	1	2	3	4
s710	Estructuras de la cabeza y de la región del cuello						
s720	Estructura de la región del hombro						
s730	Estructura de la extremidad superior						
s740	Estructura de la región pélvica						
s750	Estructura de la extremidad inferior						
s760	Estructura del tronco						
s810	Estructura de las áreas de la piel						

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION			Dificultad					
				0	1	2	3	4
d155	Adquisición de habilidades	D C						
d177	Tomar decisiones	D C						
d230	Llevar a cabo rutinas diarias (G)	D C						
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	D C						
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados	D C						
d410	Cambiar las posturas corporales básicas	D C						
d415	Mantener la posición del cuerpo	D C						
d420	Transferir el propio cuerpo	D C						
d430	Levantar y llevar objetos	D C						
d440	Uso fino de la mano	D C						
d445	Uso de la mano y el brazo	D C						
d450	Andar (G)	D C						
d460	Desplazarse por distintos lugares	D C						
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	D C						
d510	Lavarse	D C						
d520	Cuidado de partes del cuerpo	D C						
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	D C						
d540	Vestirse	D C						
d550	Comer	D C						
d560	Beber	D C						
d570	Cuidado de la propia salud	D C						
d760	Relaciones familiares	D C						

d410	Cambiar las posturas corporales básicas	D C	
d415	Mantener la posición del cuerpo	D C	
d420	Transferir el propio cuerpo	D C	
d430	Levantar y llevar objetos	D C	
d440	Uso fino de la mano	D C	
d445	Uso de la mano y el brazo	D C	
d450	Andar (G)	D C	
d460	Desplazarse por distintos lugares	D C	
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	D C	
d510	Lavar	D C	
d520	Cuidado de partes del cuerpo	D C	
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	D C	
d540	Vestirse	D C	
d550	Comer	D C	
d560	Beber	D C	
d570	Cuidado de la propia salud	D C	
d760	Relaciones familiares	D C	

FACTORES AMBIENTALES		Facilitador					Barrera			
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4
e110	Productos o sustancias para el consumo personal									
e115	Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria									
e120	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios									
e125	Productos y tecnología para la comunicación						9			
e150	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para						8			
e225	Clima						9			
e310	Familiares cercanos									
e320	Amigos									
e340	Cuidadores y personal de ayuda						9			
e355	Profesionales de la salud									
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana									
e420	Actitudes individuales de amigos									
e430	Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad									
e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda						9			
e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud									
e555	Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización						9			
e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general									
e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias									
D hace referencia a 'desempeño'										
C hace referencia a 'capacidad'										

[Inicio](#)
[Anterior](#)
[Imprimir y guardar el perfil](#)

Anexo IV – Avaliação de Pessoa com Deficiência para acesso ao BPC – 16 anos ou mais

ANEXO I
PORTARIA CONJUNTA MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015.
(Publicada no DOU nº 67, Seção 1, de 9 de abril de 2015 e Retificada no DOU nº 123, Seção 1, de 1º de julho de 2015)

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC – ESPÉCIE B87 16 ANOS OU MAIS

GEX: _____ APS: _____

Dados pessoais do avaliado

Requerimento:		NB:	
Nome do avaliado:		Apelido:	
Sexo: M ☐ F ☐	Data de Nascimento:	Idade: (anos)	
NIT:	Cart. Identidade:	Órgão Emissor:	Data emissão:
CPF:	CTPS nº:	Série:	UF:
Escolaridade: ☐ Não alfabetizado Fundamental ☐ Completo ☐ Incompleto Médio ☐ Completo ☐ Incompleto Superior ☐ Completo ☐ Incompleto Outro. Especifique: _____			
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União Estável ☐ Divorciado ☐ Separado de fato ☐ Viúvo			
Nome do Responsável ou Representante legal: ☐ Mãe / Pai ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Procurador Outro. Especifique: _____			
Onde o avaliado vive? ☐ Residência ☐ Em situação de rua ☐ Instituição carcerária ☐ Regime aberto ☐ Regime fechado ☐ Instituição ☐ Instituição para cumprimento de medida socioeducativa ☐ Regime de semiliberdade ☐ Regime fechado			
Nome da Instituição:		CNPJ ou CEI:	
Nome do representante:			
Endereço Residencial ou Institucional: (citar pontos de referência)		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Tel.:
Endereço para correspondência:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Tel.:

**AVALIAÇÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
ESPÉCIE 87 – BPC / LOAS - 16 ANOS OU MAIS**

Fase da avaliação

Inicial:	Recursal:	Revisão Administrativa:	Reavaliação Bial:	Judicial:
----------	-----------	-------------------------	-------------------	-----------

Dados do Avaliado

NIT:	Nome:	CPF:
NB / Espécie:	Nome da Mãe:	Sexo:
APS:	Grau de Instrução:	Data Nascimento:
Data Avaliação Social:	Idade:	(Meses / Anos)

Documento do Avaliado

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

Documento do Acompanhante / Responsável pelas informações

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

Cobertura Previdenciária e/ou da Assistência Social

☐ Já foi beneficiário do BPC	☐ Teve vínculo empregatício após ter sido beneficiário do BPC
☐ Nunca foi segurado	☐ Perdeu a qualidade de segurado ☐ Tem qualidade de segurado
☐ Segurado sem carência	☐ Dependente de segurado ☐ Outra

Deficiência informada

☐ Visual (Sensorial)	☐ Neuromusculoesquelética (Física)	☐ Outra. Especifique:
☐ Auditiva (Sensorial)	☐ Doença Crônica	
☐ Intelectual	☐ Múltipla	
☐ Transtorno Mental	☐ Não informada	

Responsável pelas informações

☐ Avaliado	☐ Avaliado não sabe informar	☐ Avaliado não tem condições de informar
☐ Acompanhante. Identifique:		
☐ Representante legal. Identifique:		
☐ Acompanhante ou representante legal não sabe informar		

História Social:

Constitui-se na síntese do estudo social, com registro de elementos relevantes que possibilitem conhecer, analisar e interpretar situações vivenciadas pela pessoa em seu cotidiano, para avaliar a participação plena e efetiva da pessoa na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, conforme previsto na legislação. Deve conter informações relevantes, que respaldem os qualificadores atribuídos às unidades de classificação e respectivos domínios, subsidiem a avaliação médico-pericial e avaliações subsequentes em fases recursal e judicial.

--

FATORES AMBIENTAIS

Qualificadores a serem usados: 0 = Nenhuma barreira (0 a 4%) 1 = Barreira Leve (5 a 24%) 2 = Barreira Moderada (25 a 49%) 3 = Barreira Grave (50 a 95%) 4 = Barreira Completa (96 a 100%)
Os Fatores Ambientais são externos ao indivíduo e podem ter influência sobre seu desempenho na execução de Atividades e Participação Social, assim como nas Funções e Estruturas do Corpo. Considerar na avaliação dos Fatores Ambientais as barreiras do ambiente físico, social e de atitudes no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida, assim como os Fatores Pessoais (gênero, etnia, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, nível de instrução, profissão e outros). Barreira: é um qualificador que descreve os obstáculos vivenciados pelo indivíduo (a qualificação deve considerar, inclusive, a frequência e extensão dessas barreiras). Ambiente social: relações de convívio familiar, comunitário e social, considerando a acessibilidade às políticas públicas, a vulnerabilidade e o risco pessoal e social a que a pessoa com deficiência está submetida. Ambiente físico: território onde vive e as condições de vida, considerando a acessibilidade, salubridade ou insalubridade.

I - PRODUTOS E TECNOLOGIA – e1: referem-se a qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia, inclusive os adequados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa, bem como bens materiais e não materiais e patrimônio financeiro que a pessoa possa usufruir. Analisar conforme a necessidade do avaliado.

Indicadores = disponibilidade; condições de acesso (despesa, distância geográfica entre o domicílio e local de acesso, qualidade e periodicidade).

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
1. Produtos ou substâncias para consumo pessoal (alimentação, dieta especial, medicação prescrita, entre outros) – e110					
2. Produtos e tecnologia para uso pessoal e na vida diária (objetos necessários ou de uso pessoal disponíveis, como: roupas e móveis, inclusive os adequados e especialmente projetados, órteses/prótese, inclusive óculos e lentes de contato ou intraoculares, lupas, bolsa coletora, sonda nasogástrica, nasointestinal ou de gastrostomia, nebulizador, instrumentos e aparelhos/produtos de limpeza, aparelhos e produtos para cuidados e higiene pessoal, fralda descartável, colchão caixa ou casca de ovo, colchão d'água, cama hospitalar, entre outros) – e115					
3. Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos (objetos necessários para mobilidade, como: cadeira de rodas, cadeira para banho, muletas, bengala e veículos motorizados e não motorizados para transporte de pessoas em terra, água ou ar, inclusive os adequados e especialmente projetados, entre outros) – e120					
4. Produtos e tecnologia para comunicação utilizada pelas pessoas nas atividades de transmissão e recepção de informações (instrumentos disponíveis, como: prótese de voz, aparelhos auditivos e computador, internet, telefone, televisão, rádio, inclusive os adequados e especialmente projetados, entre outros) – e125					
5. Produtos e tecnologia para educação (inclusive aquisição de conhecimento ou habilidade), cultura, lazer e trabalho, inclusive na condição de aprendiz (materiais e produtos, como: livros, brinquedos, materiais educativos, ferramentas, máquinas, equipamentos, mobiliário, hardwares, softwares, instrumentos musicais, materiais artísticos, recreativos e esportivos, entre outros) – e130 / e135 / e140					
6. Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção para acesso às instalações de uso público/privado, com segurança física (rampa de acesso, corrimão, piso tátil, elevador sonorizado, placas e sinalizações, inclusive em Braille e de emergência, semáforo sonoro, instalações sanitárias acessíveis, grades, armazenamento seguro de objetos e materiais perigosos, entre outros) – e150 / e155					
7. Produtos ou objetos de intercâmbio econômico (acesso a dinheiro, mercadorias, propriedades e outros valores que o indivíduo ou a família possui ou tem o direito de usar; considerar grau de comprometimento da renda familiar com gastos relacionados à dieta especial, medicação continuada não disponível na rede, tratamento especializado, gastos com cuidadores, entre outros, destinados ao próprio indivíduo ou a outros componentes do grupo familiar) – e165					
Qualificador do domínio e1					

II – CONDIÇÕES DE HABITABILIDADE E MUDANÇAS AMBIENTAIS – e2: Referem-se ao ambiente natural ou físico e aos componentes deste ambiente que foram modificados pelas pessoas, bem como às características das populações humanas desse ambiente. (*)

Indicadores = grau de vulnerabilidade e de risco social (acessibilidade, privacidade da moradia, condição de habitabilidade, insalubridade, periculosidade, precarização do ambiente, violência e outros não especificados).

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
8. Nível de vulnerabilidade e risco das condições de habitabilidade (quaisquer aspectos climáticos ou evento natural ou de causa humana que configurem barreira para a pessoa com deficiência, tais como: morro, córrego, possível desabamento, inundações ou tempestades, poluição, violência, entre outros) – e210 / e225 / e230 / e235					
9. Situação e condição de habitabilidade (condição de moradia como barreira para a pessoa com deficiência. Considerar se a residência ou instituição é adequada ou de acesso universal, grau de privacidade, se própria, alugada, cedida, de favor, ocupada, acampamento, assentamento, pessoa em situação de rua, se é construção de alvenaria, madeira, taipa, entre outros) – e298 / e299 (**)					
Qualificador do domínio e2					
(*) Domínio da CIF adaptado para atender aos objetivos do instrumento.					
(**) Unidade de Classificação da CIF adaptada para atender aos objetivos do instrumento.					

III – APOIO E RELACIONAMENTOS – e3: referem-se à disponibilidade das pessoas ou animais domésticos em fornecer proteção, apoio físico ou emocional. Referem-se também aos relacionamentos com outras pessoas, na casa, na comunidade, escola ou apoio em outros aspectos das suas atividades diárias.

Indicadores = Apoio e relacionamentos insatisfatórios ou inexistentes no âmbito das relações familiares, comunitárias, institucionais e sociais, ou em outros aspectos das suas atividades.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
10. Disponibilidade da família em oferecer apoio físico, emocional, afetivo, proteção (segurança) e cuidados – e310 / e315					
11. Disponibilidade de amigos, conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade em oferecer apoio físico, emocional, afetivo, proteção (segurança) e cuidados – e320 / e325					
12. Disponibilidade de apoio físico, emocional, afetivo, proteção (segurança) e cuidados de profissionais de saúde, cuidadores e outros profissionais – e340 / e355 / e360					

13. Disponibilidade de animais de estimação que proporcionem apoio físico, emocional, psíquico e terapêutico (cavalos, cachorros, gatos, pássaros, peixes, entre outros) ou animais que auxiliem a mobilidade e transporte pessoal (cão-guia, entre outros) – e350					
14. Condições familiares que interferem na disponibilidade de apoio e relacionamentos (existência de idosos, crianças, pessoas com deficiência, com doença crônica, com dependência química, desempregadas, sobrecarga de cuidadores na família, menor disponibilidade de familiares por residirem distante ou por razões diversas, incluindo compromissos de trabalho) – e368					
Qualificador do domínio e3					

IV – ATITUDES – e4: referem-se às consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores e normas, oriundas de pessoas externas à pessoa cuja situação está sendo avaliada. As atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e sociais, às estruturas políticas, econômicas e legais.

Indicadores = atitudes estigmatizantes, estereotipadas, preconceituosas, discriminatórias, de superproteção e/ou negligentes, que contribuem para segregação da pessoa com deficiência e influenciam no comportamento e nas ações individuais.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
15. Situações de preconceito, estigma, estereótipo, discriminação, superproteção, negligência de membros da família – e410 / e415					
16. Situações de preconceito, estigma, estereótipo, discriminação, superproteção, negligência de amigos, conhecidos, colegas, vizinhos, membros ou grupos sociais da comunidade/sociedade – e420 / e425 / e430 / e435 / e440 / e460					
17. Situações de preconceito, estigma, estereótipo, discriminação, superproteção, negligência de cuidadores e assistentes pessoais, profissionais de saúde e de educação, pessoas em posição de autoridade ou subordinadas e outros, inclusive em relação à inserção e permanência no trabalho – e450 / e499					
Qualificador do domínio e4					

V – SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS – e5: referem-se à rede de serviços, sistemas e políticas garantidoras de proteção social.

Indicadores = Não tem acesso ou o acesso disponível não supre suas necessidades, inclusive pela distância e/ou inexistência do serviço na localidade em que vive.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
18. Serviços, sistemas e políticas de habitação (existência e acesso a políticas habitacionais que contemplem moradias e entorno com acessibilidade e proximidade de equipamentos e serviços públicos) – e525					
19. Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos (acesso a serviços de abastecimento de água e esgoto, energia elétrica, coleta de lixo, correios, entre outros) – e530					
20. Serviços, sistemas e políticas de comunicação (acesso à transmissão de informações por meio de vários métodos que incluem telefone, fax, correio postal, correio eletrônico e outros) e comunicação em massa (rádio, televisão, serviços de circuito fechado, serviços de reportagens e imprensa, jornais, serviços em Braille, internet, entre outros) – e535 / e560					
21. Serviços, sistemas e políticas de transporte (acesso a transporte coletivo e/ou adaptado e/ou existência e inclusão em programa de livre acesso ao transporte coletivo, de forma a suprir as necessidades) – e540					
22. Serviços, sistemas e políticas de proteção civil (acesso a serviços de emergência e de ambulância e a serviços e programas voltados à segurança das pessoas e da propriedade, tais como bombeiros, polícia, defesa civil, entre outros) – e545					
23. Serviços, sistemas e políticas legais (acesso a serviços dos órgãos de proteção dos direitos sociais: Fóruns, Tribunais, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Cartórios, entre outros) – e550					
24. Serviços, sistemas e políticas de associações e organizações (relacionados a grupos de pessoas que se organizam em busca de interesses comuns ou coletivos, sem fins lucrativos) – e555					
25. Serviços, sistemas e políticas de apoio social (fornecimento de suporte específico para aqueles que necessitam de apoio para compras, trabalho doméstico, transporte, cuidados com criança, cuidados temporários, cuidado pessoal, entre outros, para que participem plenamente na sociedade) – e575					
26. Serviços, sistemas e políticas de saúde (acesso a hospitais, postos de saúde, programa de saúde da família, exames simples e complexos, procedimentos cirúrgicos, serviços de habilitação e reabilitação, inclusive terapia reabilitatória e estimulação precoce, entre outros, de forma a suprir as necessidades) – e580					
27. Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento (acesso a escolas com educação inclusiva e/ou especializada na comunidade, equipadas com materiais pedagógicos adequados, equipe técnica especializada, acessibilidade, incluindo áreas de apoio que atendam às necessidades específicas da pessoa com deficiência, entre outros) – e585					
28. Serviços, sistemas e políticas relacionados ao trabalho e emprego (acesso ao trabalho, serviços de habilitação e reabilitação profissional, condições de trabalho adequadas, inclusive na condição de aprendiz, entre outras ações) – e590					
29. Serviços, sistemas e políticas de assistência social (o conjunto integrado de programas, serviços e benefícios de iniciativa pública estatal e da sociedade para garantir proteção social às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, tais como: ações socioassistenciais promovidas pelo PAIF, CRAS, CREAS e outros, disponíveis para suprir as necessidades) – e598					
Qualificador do domínio e5					

Fatores Ambientais				
e1	e2	e3	e4	e5

Qualificador Final de Fatores Ambientais				
		Barreira		

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

Qualificadores a serem usados: 0 = Nenhuma dificuldade (0 a 4%) 1 = Dificuldade Leve (5 a 24%) 2 = Dificuldade Moderada (25 a 49%) 3 = Dificuldade Grave (50 a 96%) 4 = Dificuldade Completa (96 a 100%)
Considerar na análise o impacto/influência dos Fatores Ambientais (barreiras) e Pessoais (gênero, etnia, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, nível de instrução, profissão e outros) e na avaliação do <u>desempenho</u> para a execução de atividades e participação social, em igualdade de condições com as demais pessoas.
Desempenho: é um qualificador que descreve o que o indivíduo faz (grau de dificuldade) em seu ambiente de vida habitual, entendido como "envolvimento em uma situação vital" ou "a experiência vivida", no contexto real em que vive (a qualificação deve considerar, sobretudo, a frequência e extensão da dificuldade).
Atividade: é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a <u>perspectiva individual</u> da funcionalidade.
Participação: é o ato de se envolver em uma situação real de vida. Representa a <u>perspectiva social</u> da funcionalidade.
As colunas T e P, à direita dos qualificadores de cada domínio, destinam-se à sinalização de dependência Total ou Parcial de cuidados de terceiros, sempre que o avaliador julgar pertinente, com vistas a fornecer subsídios para políticas públicas de cuidados. Não representam o foco principal da avaliação, que deve estar centrado no desempenho para o exercício de atividades e participação social, conforme o grau de dificuldade estabelecido pelos cortes percentuais acima.

VI – VIDA DOMÉSTICA – d6: refere-se à realização de ações e tarefas domésticas e do dia a dia (limpeza e reparos domésticos, cuidar de objetos pessoais, da casa e ajudar os outros, além de obter um lugar para morar, alimento, vestuário e outras necessidades).

Indicadores = limitação no desempenho para administrar e executar tarefas domésticas, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
30. Dificuldade para obter um lugar para morar (comprar, alugar, tomar emprestado, mobiliar, arrumar, entre outras) – d610							
31. Dificuldade para obter bens e serviços (selecionar, adquirir e transportar bens e produtos para uso doméstico e/ou solicitar instalações e reparos, entre outros serviços) – d620							
32. Dificuldade para preparar e servir refeições simples e complexas para si próprio e para outros (planejar o que será consumido, selecionar ingredientes, preparar, cozinhar e servir o alimento ou bebida) – d630							
33. Dificuldade para planejar, administrar e realizar tarefas domésticas (organizar o trabalho doméstico, limpar e arrumar a casa, lavar e passar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos, remover o lixo, entre outras atividades) – d640							
34. Dificuldade para cuidar de objetos da casa, de objetos pessoais, de plantas e animais (manter e consertar objetos da casa e objetos pessoais, cuidar das plantas, tratar e alimentar animais domésticos, entre outras atividades) – d650							
35. Dificuldade para ajudar os outros (auxiliar os membros da casa e outros no seu aprendizado, na comunicação, no cuidado pessoal e movimento, dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da casa, entre outros) – d660							
Qualificador do domínio d6							

VII – RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS – d7: referem-se à realização de ações e condutas necessárias para estabelecer interações pessoais, de maneira contextual e socialmente estabelecida com outras pessoas (estranhos, amigos, familiares e companheiros).

Indicadores = limitação no desempenho para iniciar, manter e terminar relações interpersonais de maneira contextual e socialmente estabelecida, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
36. Dificuldade para estabelecer interações pessoais básicas com os outros (com respeito, discernimento, afeto, tolerância, atitude crítica, reações adequadas, contato físico contextual e apropriado, entre outras) – d710							
37. Dificuldade para estabelecer interações pessoais complexas (iniciar, manter ou terminar relações com outras pessoas, como controlar emoções, impulsos, agressões verbais e/ou físicas e agir de forma independente nas interações sociais e conforme as regras sociais; considerar se a autorrepresentação da deficiência dificulta os relacionamentos) – d720							
38. Dificuldade para estabelecer contatos ou ligações temporárias com estranhos (solicitar algo, fazer um agradecimento, formular indagações, perguntar um caminho) – d730							

39. Dificuldade para criar e manter relações específicas em ambientes formais (com professores, funcionários, profissionais ou prestadores de serviços, entre outros) – d740							
40. Dificuldade para iniciar relações informais com outros, como relações casuais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou residência, ou com colaboradores, estudantes, companheiros de lazer (amigos, vizinhos, conhecidos, colegas de moradia) – d750							
41. Dificuldade para criar e manter relações de parentesco com membros do núcleo familiar, família adotiva e de criação e parentes distantes, não consanguíneos ou tutores – d760							
Qualificador do domínio d7							

VIII – ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA – d8: referem-se à realização das tarefas e ações necessárias para participar das atividades de educação e transações econômicas.

Indicadores = limitação no desempenho em participar e realizar tarefas e ações acima mencionadas, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
42. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir responsabilidades e exigências do ensino fundamental, médio ou educação de adultos, incluindo frequência regular, trabalho em equipe e interação adequada com demais alunos, professores e funcionários – d820							
43. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir responsabilidades e exigências de curso técnico e/ou profissionalizante, incluindo frequência regular, trabalho em equipe e interação adequada com demais alunos, professores e funcionários – d825							
44. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir responsabilidades e exigências do ensino superior ou pós-graduação, incluindo frequência regular, trabalho em equipe e interação adequada com demais alunos, professores e funcionários – d830							
45. Dificuldade para realizar transações econômicas básicas e complexas, como comprar, trocar e negociar mercadorias, manter conta bancária, economizar dinheiro, obter acesso a fontes de recursos financeiros, entre outras – d860/d865							
Qualificador do domínio d8							

IX – VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA – d9: referem-se às ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica.

Indicadores = limitação no desempenho em participar e realizar atividades relacionadas à vida comunitária, social e cívica, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
46. Dificuldade para participar de reuniões comunitárias, cerimônias sociais, associações e grupos sociais – d910							
47. Dificuldade para participar de atividades recreativas e de lazer (excursões, trabalhos artesanais, jogos, esportes, cinema, museus, tocar instrumentos musicais, demais atividades culturais, entre outras atividades de diversão) – d920							
48. Dificuldade para participar da vida social e política enquanto cidadão, considerando a garantia e ampliação do acesso aos direitos humanos (<u>direitos políticos</u> : liberdade de associação e posição legal de cidadão; <u>direitos civis</u> : liberdade de expressão, de autodeterminação ou autonomia; <u>direitos sociais</u> : satisfação digna de suas necessidades sociais) – d940/d950							
Qualificador do domínio d9							

☐ Solicitação de Informações Sociais – SIS

☐ Solicitação de Visita Técnica

Atividades e Participação			
d6	d7	d8	d9
Qualificador Parcial de Atividades e Participação			
	Dificuldade		

Risco e Proteção Social

☐ CASO SEJAM OBSERVADOS INDÍCIOS DE RISCO SOCIAL QUE DEMANDEM ACOMPANHAMENTO PRIORITÁRIO (violência física e/ou psicológica, abandono familiar, abusos e/ou exploração sexual, crianças e/ou adolescentes fora da escola, exploração de trabalho infantil, entre outros), ASSINALE E DESCREVA ABAIXO PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO:

Descreva:

☐ NA AUSÊNCIA DE PROTEÇÃO SOCIAL, FAMILIAR E/OU COMUNITÁRIA, ENTRE OUTRAS, ASSINALE E DESCREVA ABAIXO, PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO:

Descreva:

Avaliação Social

Fatores Ambientais					Atividades e Participação			
e1	e2	e3	e4	e5	d6	d7	d8	d9

Resultado Parcial	
Fatores Ambientais:	☐ = Barreira
Qualificador Parcial de Atividades e Participação:	☐ = Dificuldade

Observações do avaliador(a):

--

Profissional avaliador(a):

Local e data	Assistente Social CRESS
GEX:	
APS:	

**AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
ESPÉCIE 87 – BPC / LOAS - 16 ANOS OU MAIS**

Fase da avaliação

Inicial:	Recursal:	Revisão Administrativa:	Reavaliação Bial:	Judicial:	
----------	-----------	-------------------------	-------------------	-----------	--

Dados do Avaliado

NIT:		Nome:		CPF:	
NB / Espécie:		Nome da Mãe:		Sexo:	
APS:		Grau de Instrução:		Data Nascimento:	
Data Avaliação Social:		Data Avaliação Médico Pericial:		Idade:	(Anos)

Documento do Avaliado

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

Documento do Acompanhante / Responsável pelas informações

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

História Clínica:

Considerar todos os elementos relevantes da história clínica atual e pregressa, que darão subsídios para a avaliação e qualificação dos domínios abaixo relacionados, incluindo relatórios e laudos técnicos, prontuários e resultados de exames complementares, quando houver.

--

Informações de exames e laudos apresentados:

--

Exame físico:

Considerar as alterações relevantes observadas ao exame físico, que darão subsídios para a avaliação e qualificação dos domínios abaixo relacionados.

--

Diagnóstico:

CID PRINCIPAL: (Campo Obrigatório)		Código:
CID SECUNDÁRIO(S): (Campo Obrigatório)		Códigos:
		Não há:

FUNÇÕES DO CORPO

Qualificadores a serem usados: 0 = Nenhuma alteração (0 a 4%) 1 = Alteração Leve (5 a 24%) 2 = Alteração Moderada (25 a 49%)
3 = Alteração Grave (50 a 95%) 4 = Alteração Completa (96 a 100%)

X – FUNÇÕES MENTAIS – b1: referem-se às funções do cérebro, que incluem funções mentais globais, como consciência, energia e impulso, e funções mentais específicas, como memória, linguagem e cálculo.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
49. Funções da consciência (vigília, obnubilação, coma, estado vegetativo, estado de alerta, delírio, entre outros, entre outras) – b110					
50. Funções da orientação (conhecimento e determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, objetos, espaço, tempo e/ou ambiente, entre outras) – b114					
51. Funções intelectuais (várias funções mentais integradas, incluindo as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida. Verificar: deficiência intelectual, transtorno mental, demência, entre outras) – b117					
52. Funções psicossociais globais (habilidades interpessoais necessárias para o estabelecimento de interações sociais recíprocas, em termos de significado e finalidade, interações interpessoais, entre outras) – b122					
53. Funções do temperamento e personalidade (extroversão, introversão, amabilidade, responsabilidade, estabilidade psíquica e emocional, abertura e busca para novas experiências, otimismo, confiança, confiabilidade, entre outras) – b126					
54. Funções da energia e de impulsos (nível de energia, motivação, apetite, desejo intenso/dependência, controle de impulsos, entre outras) – b130					
55. Funções do sono (início, manutenção, quantidade e qualidade do sono) – b134					
56. Funções da atenção (concentração, distração e distúrbios da atenção) – b140					

57. Funções da memória (distúrbios da memória recente, remota e amnésica) – b144					
58. Funções psicomotoras (atraso psicomotor, controle e coordenação de partes do corpo, marcha, postura, ecolalia, ecopraxia, excitação, agitação, catatonia, negativismo, ambivalência, convulsão epiléptica, entre outras) – b147					
59. Funções da emoção (funções mentais específicas relacionadas com a adequação, regulação e amplitude da emoção, tristeza, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, apatia afetiva, labilidade emocional, depressão, entre outras) – b152					
60. Funções da percepção (reconhecimento e interpretação de estímulos sensoriais envolvendo a audição, visão, olfato, paladar e/ou tato e posição de objetos em relação a si e ao ambiente, como em alucinações ou ilusões, entre outras) – b156					
61. Funções do pensamento (delírios, obsessões, compulsões, bloqueio, incoerência, fuga de ideias, entre outras) – b160					
62. Funções cognitivas superiores (pensamento abstrato, organização de ideias, tomada de decisão, planejamento e execução, julgamento, flexibilidade mental, autoconhecimento, entre outras) – b164					
63. Funções mentais da linguagem (recepção e expressão de linguagem gestual, decodificação e produção de mensagens de gestos feitos pelas mãos e outros movimentos, entre outras) – b167					
64. Funções de cálculo (funções de operações matemáticas simples - adição, subtração, multiplicação e divisão e complexas, procedimentos aritméticos, com fórmulas matemáticas, entre outras) – b172					
65. Funções da experiência pessoal e de tempo (consciência da própria identidade, representação e consciência do corpo, duração e passagem do tempo, entre outras) – b180					
Qualificador do domínio X-b1					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XI – FUNÇÕES SENSORIAIS DA VISÃO – b2: referem-se à percepção de luz, tamanho e cor de um estímulo visual.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
66. Funções da visão (qualidade, acuidade, percepção de luz e cor, visão monocular e binocular, miopia, hipermetropia, astigmatismo, hemianopsia, presbiopia, cegueira de cores, visão em túnel, escotoma central e periférico, diplopia, cegueira noturna e adaptabilidade à luz, entre outras) – b210					
67. Funções das estruturas adjacentes ao olho (funções da acomodação, reflexo pupilar, funções da pálpebra, nistagmo, movimentos voluntários, movimentos de rastreamento, fixação do olho, estrabismo, funções das glândulas e canal lacrimonasal, entre outras) – b215					
68. Sensações associadas ao olho e estruturas adjacentes (pressão, cansaço, ressecamento, prurido, irritação, queimação, entre outras) – b220					
Qualificador do domínio XI-b2					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XII – FUNÇÕES SENSORIAIS DA AUDIÇÃO – b2: referem-se à percepção de sons e discriminação de localização, intensidade, ruído e qualidade.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
69. Funções auditivas (detecção, discriminação e localização do som e da fala, insuficiência e perda da audição, entre outras) – b230					
70. Funções vestibulares (determinação da posição, equilíbrio e movimentação do corpo, entre outras) – b235					
71. Sensações associadas à audição e à função vestibular (tontura, sensação de queda, vibração, vertigem, zumbido, irritação e pressão auricular, entre outras) – b240					
Qualificador do domínio XII-b2					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XIII – FUNÇÕES SENSORIAIS ADICIONAIS E DOR – b2: referem-se às funções gustativas, olfativas, proprioceptivas, táteis e a sensações relacionadas à temperatura e outros estímulos e sensação de dor.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
72. Funções gustativas e olfativas – b250 / b255					
73. Funções proprioceptivas (percepção da posição relativa de partes do corpo) – b260					
74. Função tátil (anestesia, parestesia, formigamento, hipoestesia, hiperestesia, entre outras) e funções sensoriais relacionadas à temperatura e outros estímulos (sensibilidade à temperatura, vibração, tremor ou oscilação, pressão superficial ou profunda, ardor, entre outras) – b265 / b270					
75. Sensação de dor (dor generalizada ou localizada em uma ou mais partes do corpo, analgesia, hipoalgesia, hiperalgesia, entre outras) – b280					
Qualificador do domínio XIII-b2					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XIV – FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA – b3: referem-se à produção de sons e da fala.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)					
0	1	2	3	4	
76. Funções da voz (produção e qualidade da voz, dissonia, afonia, rouquidão, hiponasalidade, hipernasalidade, entre outras) – b310					
77. Funções da articulação (produção de sons da fala, disartria, anartria, articulação de fonemas, entre outras) – b320					
78. Funções da fluência e ritmo da fala (alterações na fluência, gagueira, verborreia, dislalia – taquilalia, bradilalia, entre outras) – b330					
Qualificador do domínio XIV-b3					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.					
Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).					
Ausência de elementos de convicção para qualificar.					

XV - FUNÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR – b4: referem-se às funções do coração, vasos sanguíneos e pressão sanguínea.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)					
0	1	2	3	4	
79. Funções do coração (ritmo, frequência, contratilidade, insuficiência, isquemia, bloqueio, valvulopatias, miocardiopatias) – b410					
80. Funções dos vasos sanguíneos (valvulares, arteriais, venosas e capilares; inclui alterações decorrentes de varizes, aterosclerose, aneurismas, entre outras) – b415					
81. Funções da pressão sanguínea (hipotensão, hipertensão) – b420					
Qualificador do domínio XV-b4					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.					
Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).					
Ausência de elementos de convicção para qualificar.					

XVI - FUNÇÕES DO SISTEMA HEMATOLÓGICO – b4: referem-se à produção de sangue, transporte de oxigênio e metabólitos e à coagulação.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)					
0	1	2	3	4	
82. Funções da produção de sangue, da medula óssea, do baço, do transporte de oxigênio e metabólitos (anemias, linfomas, leucemias, mielodisplasias, aplasia medular, mieloma múltiplo, trombastenia, hemoglobinúrias, doença falciforme, talassemias, coagulopatias, entre outras) – b430					
Qualificador do domínio XVI-b4					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.					
Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).					
Ausência de elementos de convicção para qualificar.					

XVII – FUNÇÕES DO SISTEMA IMUNOLÓGICO – b4: referem-se à imunidade celular e humoral e alterações na função do sistema linfático.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)					
0	1	2	3	4	
83. Funções do sistema imunológico (alterações imunológicas mediadas por células ou por anticorpos, doença autoimune, imunossupressão medicamentosa e/ou em decorrência de outras morbidades, incluindo CÂNCER, reações alérgicas, respostas a imunizações, alterações no sistema linfático, linfadenites, linfedema, entre outras) – b435					
Qualificador do domínio XVII-b4					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.					
Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).					
Ausência de elementos de convicção para qualificar.					

XVIII – FUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO – b4: referem-se à frequência, ritmo e profundidade da respiração e às funções dos músculos respiratórios.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)					
0	1	2	3	4	
84. Funções respiratórias - frequência, ritmo, profundidade e dificuldades (dispneia, taquipneia, respiração irregular, espasmo brônquico, enfisema pulmonar, entre outras) – b440					
Qualificador do domínio XVIII-b4					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.					
Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).					
Ausência de elementos de convicção para qualificar.					

XIX – FUNÇÕES DO SISTEMA DIGESTIVO – b5: referem-se à ingestão, digestão e eliminação de substâncias líquidas e sólidas.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
85. Funções de ingestão (sucção, mordedura, mastigação, mobilização de alimentos na boca, salivação, deglutição, regurgitação, vômito, entre outras) – b510					
86. Funções digestivas (peristalse, degradação dos alimentos, absorção dos nutrientes, tolerância aos alimentos, entre outras) – b515					
87. Funções da defecação (consistência, frequência e continência fecal, flatulência, entre outras) – b525					
88. Funções de manutenção de peso (baixo peso, caquexia, emaciação, obesidade, entre outras) – b530					
Qualificador do domínio XIX-b5					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XX – FUNÇÕES DOS SISTEMAS METABÓLICO E ENDÓCRINO – b5: referem-se às funções metabólicas gerais e das glândulas endócrinas, inclusive as associadas à puberdade.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
89. Funções metabólicas gerais (metabolismo basal, metabolismo de carboidratos, de proteínas ou gorduras, incluindo lipodistrofia, entre outras) – b540					
90. Funções de equilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico – b545					
91. Funções das glândulas endócrinas, inclusive as associadas à puberdade (hipo ou hiperpituitarismo, hipo ou hipertireoidismo, hipo ou hiperparatireoidismo, hipo ou hipergonadismo, nanismo, gigantismo, entre outras) – b555 / b560					
Qualificador do domínio XX-b5					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XXI – FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS – b6: referem-se às funções urinárias e reprodutivas, incluindo funções sexuais e de procriação.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
92. Funções relacionadas à filtração ou eliminação da urina (insuficiência renal, anúria, oligúria, hidronefrose, bexiga hipotônica, obstrução do ureter, entre outras) – b610					
93. Funções urinárias (frequência de micção, continência, urgência, retenção, fluxo excessivo, poliúria, entre outras) – b620					
94. Função reprodutiva (funções sexuais, funções da menstruação, incluindo endometriose, funções de procriação, entre outras) – b640 / b650 / b660					
Qualificador do domínio XXI-b6					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XXII – FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO – b7: referem-se à mobilidade, funções das articulações, ossos, reflexos e músculos.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
95. Funções das articulações e/ou dos ossos (mobilidade das articulações e dos ossos) – b710 / b715 / b720					
96. Funções musculares (relacionadas à força, ao tônus e à resistência muscular) – b730 / b735 / b740					
97. Funções dos movimentos (relacionadas aos reflexos motores e dos movimentos involuntários, controle voluntário e involuntário) – b750 / b755 / b760 / b765					
98. Funções relacionadas ao padrão da marcha (deficiências como marcha espástica, hemiplégica, paraplégica, entre outras) – b770					
Qualificador do domínio XXII-b7					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XXIII – FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS – b8: referem-se a funções da pele e seus anexos (pelos, cabelos e unhas).

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
99. Funções protetoras, reparadoras e outras funções da pele e fâneros (pênfigo, psoríase, Hanseníase, neurofibromatose, dermatite de contato, albinismo, vitiligo, escaldamento, queimaduras, entre outras) – b810					

/ b820 / b830 / b840 / b850		Qualificador do domínio XXIII-b8	
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.		Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).	
		Ausência de elementos de convicção para qualificar.	

FUNÇÕES DO CORPO													
X-b1	XI-b2	XII-b2	XIII-b2	XIV-b3	XV-b4	XVI-b4	XVII-b4	XVIII-b4	XIX-b5	XX-b5	XXI-b6	XXII-b7	XXIII-b8

b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8

Qualificador Final de Funções do Corpo	
	Alteração

Estrutura e Prognóstico

EXISTEM ALTERAÇÕES NA ESTRUTURA DO CORPO QUE CONFIGURAM MAIORES LIMITAÇÕES E RESTRIÇÕES AO AVALIADO DO QUE AS ALTERAÇÕES OBSERVADAS EM FUNÇÕES DO CORPO?

☐ Não

☐ Sim. A resposta afirmativa a este quesito implicará a elevação do qualificador final de Funções do Corpo em um nível (de N para L, de L para M, de M para G, de G para C e C permanece como C).

Assinale abaixo a(s) Estrutura(s) do Corpo que configura(m) tal condição:

Estruturas do sistema nervoso		Estruturas do sistema respiratório	
Estruturas do olho		Estruturas do sistema digestivo	
Estruturas do ouvido		Estruturas do sistema metabólico e endócrino	
Estruturas relacionadas à voz e à fala		Estruturas do sistema geniturinário e reprodutivo	
Estruturas do sistema cardiovascular		Estruturas relacionadas ao movimento	
Estruturas do sistema imunológico		Pele e estruturas relacionadas	

Descreva, caso já não o tenha feito na história clínica ou no exame físico:

AS ALTERAÇÕES OBSERVADAS EM FUNÇÕES E/OU ESTRUTURAS DO CORPO CONFIGURAM PROGNÓSTICO DESFAVORÁVEL?

A resposta afirmativa a este quesito implicará a elevação do qualificador final de Funções do Corpo em um nível (de N para L, de L para M, de M para G, de G para C e C permanece como C), de forma não cumulativa, caso já tenha havido elevação pelo quesito anterior.

☐ Não

☐ Não é possível prognosticar

☐ Sim. Descreva, caso já não o tenha feito na história clínica ou no exame físico:

CONSIDERANDO AS BARREIRAS APONTADAS NA AVALIAÇÃO SOCIAL E OS ASPECTOS CLÍNICOS AVALIADOS, É POSSÍVEL AFIRMAR QUE AS ALTERAÇÕES EM FUNÇÕES E/OU ESTRUTURAS DO CORPO SERÃO RESOLVIDAS EM MENOS DE DOIS ANOS?

(Considerar também o tempo pregresso já vivenciado com tal quadro, as possibilidades de acesso ao tratamento necessário e a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas).

☐ Não

☐ Não é possível prever, mas os efeitos podem se estender por dois anos ou mais.

☐ Sim. Neste caso, justifique:

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

Qualificadores a serem usados: 0 = Nenhuma dificuldade (0 a 4%) 1 = Dificuldade Leve (5 a 24%) 2 = Dificuldade Moderada (25 a 49%) 3 = Dificuldade Grave (50 a 95%) 4 = Dificuldade Completa (96 a 100%) Considerar na análise o impacto/influência dos Fatores Ambientais (barreiras) e Pessoais (gênero, etnia, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, nível de instrução, profissão e outros) e na avaliação do desempenho para a execução de atividades e participação social, em igualdade de condições com as demais pessoas. Desempenho: é um qualificador que descreve o que o indivíduo faz (grau de dificuldade) em seu ambiente de vida habitual, entendido como "envolvimento em uma situação vital" ou "a experiência vivida", no contexto real em que vive (a qualificação deve considerar, sobretudo, a frequência e extensão da dificuldade). Atividade: é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade. Participação: é o ato de se envolver em uma situação real de vida. Representa a perspectiva social da funcionalidade. As colunas T e P, à direita dos qualificadores de cada domínio, destinam-se à sinalização de dependência Total ou Parcial de cuidados de terceiros, sempre que o avaliador julgar pertinente, com vistas a fornecer subsídios para políticas públicas de cuidados. Não representam o foco principal da avaliação, que deve estar centrado no desempenho para o exercício de atividades e participação social, conforme o grau de dificuldade estabelecido pelos cortes percentuais acima.
--

XXVI – APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DE CONHECIMENTO – d1: referem-se ao desempenho em aprender, aplicar o conhecimento aprendido, pensar, resolver problemas e tomar decisões.

Indicadores = limitação no desempenho para aprender e aplicar o conhecimento aprendido, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
100. Dificuldade para utilizar intencionalmente o sentido da visão (seguir objeto visualmente, observar pessoas, assistir a evento esportivo, observar pessoas, entre outras) – d110							
101. Dificuldade para utilizar intencionalmente o sentido da audição (ouvir rádio, música, voz humana, entre outras) – d115							
102. Dificuldade em percepções sensoriais intencionais de tato, paladar e olfato (tocar ou sentir texturas, saborear e sentir cheiros, entre outras) – d120							
103. Dificuldade para imitar ou copiar algo que configure aprendizagem básica (imitar um gesto ou um som, copiar números ou letras do alfabeto, entre outras situações simples) – d130							
104. Dificuldade para aprender a ler e utilizar este conhecimento (ler, compreendendo o significado de vocábulos, frases e textos, inclusive em Braille, quando for o caso) – d140 / d168							
105. Dificuldade para aprender a escrever e utilizar este conhecimento (escrever, compreendendo o significado de vocábulos, frases e textos, inclusive em Braille, quando for o caso) – d145 / d170							
106. Dificuldade para aprender a calcular e aplicar este conhecimento (calcular, compreendendo o significado de símbolos e operações matemáticas) – d150 / d172							
107. Dificuldade para adquirir e executar habilidades básicas (usar talheres, lápis, entre outras) e complexas (jogos, esportes, utilizar ferramentas, relógio, entre outras) – d155							
108. Dificuldade para concentrar a atenção, encontrar solução para problemas simples e complexos e tomar decisões – d160 / d175 / d177							
Qualificador do domínio d1							

XXVII – TAREFAS E DEMANDAS GERAIS – d2: referem-se aos aspectos gerais da execução de uma única tarefa ou de várias tarefas, organização de rotinas e superação do estresse.

Indicadores = limitação no desempenho para a execução de tarefa(s), organização de rotinas e superação do estresse, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
109. Dificuldade para realizar tarefas múltiplas, atender a comandos múltiplos, realizar a rotina diária, de forma independente ou a comando de outros – d220/ d230							
110. Dificuldade para lidar com o estresse e outras demandas psicológicas, tais como lidar com responsabilidades, gerenciar e controlar crises (considerar se a autorrepresentação da deficiência aumenta essa dificuldade) – d240							
Qualificador do domínio d2							

XXVIII – COMUNICAÇÃO – d3: refere-se às características gerais e específicas da comunicação, por meio da linguagem, sinais e símbolos, incluindo a recepção e produção de mensagens, manutenção da conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação.

Indicadores = limitação no desempenho para se comunicar (entender e se fazer entender), em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
111. Dificuldade na recepção de mensagens orais (compreender o significado de uma frase) – d310							
112. Dificuldade na recepção de mensagens não verbais (transmitidas por gestos, símbolos, fotos, desenhos e expressões faciais, leitura labial) – d315							

113. Dificuldade na recepção e compreensão de mensagens na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) – d320 *							
114. Dificuldade na recepção e compreensão de mensagens escritas ou mensagens em braille (revistas, livros, jornais e outros) – d325							
115. Dificuldade na fala (produção de sílabas, palavras, frases ou mensagens compreensíveis) – d330							
116. Dificuldade na produção de mensagens não verbais (usar gestos, símbolos ou desenhos para se comunicar) – d335							
117. Dificuldade na produção de mensagens na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) – d340 *							
118. Dificuldade na conversação (iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, usando qualquer forma de linguagem) – d350							
Qualificador do domínio d3							
* Avaliar nas unidades de classificação de nº 113 e 117 o grau de dificuldade para se comunicar utilizando a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. Para uma pessoa sem surdez, que não domina o idioma, a dificuldade é máxima (4), porém não impacta em nada o qualificador final do domínio "comunicação"; a menos que no seu dia a dia mantenha contato com pessoas com deficiência auditiva, situação que poderá configurar certo grau de dificuldade para comunicação com as mesmas. Pessoa surda, com total domínio de LIBRAS, terá o qualificador zero (nenhuma dificuldade para receber, compreender e produzir mensagens) nas unidades de classificação correspondentes, mas o qualificador final do domínio "COMUNICAÇÃO" jamais poderá ser zero (0), pois a maioria de seus interlocutores na sociedade não se comunica em LIBRAS, configurando uma dificuldade final moderada ou grave, na dependência dos demais fatores envolvidos na comunicação como um todo. Intérprete de LIBRAS terá também o qualificador zero (nenhuma dificuldade para receber, compreender e produzir mensagens) nas unidades de classificação correspondentes, mas o qualificador final de "COMUNICAÇÃO" poderá também ser zero, por não depender exclusivamente da LIBRAS para se comunicar com as demais pessoas.							

XXIX – MOBILIDADE – d4: refere-se ao movimento de mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar ou deslocar-se.

Indicadores = limitação no desempenho para se mobilizar ou mobilizar objetos, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
119. Dificuldade para mudar a posição básica do corpo (levantar, ajoelhar, agachar, deitar e/ou rolar) – d410							
120. Dificuldade para se mover na mesma superfície ou de uma superfície para outra, sem mudar a posição do corpo (ex. de deitado para deitado, de sentado para sentado) – d420							
121. Dificuldade para manusear, mover, deslocar e/ou carregar objetos, realizando movimentos finos – d430 / d435 / d440 / d445							
122. Dificuldade para andar (mover-se a pé, por curtas ou longas distâncias, sem auxílio de pessoas, equipamentos ou dispositivos) – d450							
123. Dificuldade para se deslocar utilizando equipamento ou dispositivo específico para facilitar a movimentação (andador, cadeira de rodas, muletas, bengala e outros) – d465							
Qualificador do domínio d4							

XXX – CUIDADO PESSOAL – d5: refere-se ao cuidado pessoal como lavar-se e secar-se, cuidar do próprio corpo e de parte do corpo, vestir-se, comer, beber e cuidar da própria saúde.

Indicadores = limitação no desempenho para cuidar de si próprio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
124. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção) – d510/ d520/ d530							
125. Dificuldade para se vestir (colocar, tirar e escolher roupas e calçados apropriados) – d540							
126. Dificuldade para coordenar os gestos para comer, beber alimentos e bebidas servidos, sem auxílio – d550/ d560							
127. Dificuldade para cuidar da própria saúde (conforto físico, dieta, prevenção de doenças e busca de assistência, exposição a riscos ou situações perigosas, incluindo abusos e violência) – d570 / d598							
Qualificador do domínio d5							

☐ Solicitação de Informações ao Médico Assistente - SIMA

☐ Solicitação de Visita Técnica

Atividades e Participação				
d1	d2	d3	d4	d5
Qualificador Parcial de Atividades e Participação				
		Dificuldade		

Causa da Deficiência

☐ Congênita ☐ Complicações no parto ☐ Doença ☐ Dependência química ☐ Violência
☐ Acidente de Trabalho / Doença Ocupacional ou Relacionada ao Trabalho¹⁾
☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de outra natureza ☐ Ignorada
☐ Outra causa. Especifique:

¹⁾ Inclusive na condição de aprendiz ou estagiário.

Risco e Proteção Social

☐ CASO SEJAM OBSERVADOS INDÍCIOS DE RISCO SOCIAL QUE DEMANDEM ACOMPANHAMENTO PRIORITÁRIO (violência física e/ou psicológica; abandono familiar; abusos e/ou exploração sexual; crianças e/ou adolescentes fora da escola; exploração de trabalho infantil; ausência de proteção social, familiar e/ou comunitária, entre outros), ASSINALE E DESCREVA ABAIXO, PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO PELO ASSISTENTE SOCIAL:

Descreva:

Avaliação Médico-pericial

Funções do Corpo							
b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8

Atividades e Participação				
d1	d2	d3	d4	d5

Resultado Parcial

Funções do Corpo: ☐ = Alteração

Qualificador Parcial de Atividades e Participação: ☐ = Dificuldade

Observações do avaliador(a):

Profissional avaliador(a):

Local e data	Perto Médico	CRM				
<table border="1"> <tr> <td>GEX:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>APS:</td> <td> </td> </tr> </table>			GEX:		APS:	
GEX:						
APS:						

**CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL E MÉDICO-PERICIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
ESPÉCIE 87 – BPC / LOAS - 16 ANOS OU MAIS**

Dados do Avaliado

NIT:		Nome:		CPF:	
NB / Espécie:		Nome da Mãe:		Sexo:	
APS:		Grau de Instrução:		Data Nascimento:	
Data Avaliação Social:		Data Avaliação Médico Pericial:		Idade:	(Meses / Anos)

Avaliação Social e Médico Pericial

Fatores Ambientais								
e1	e2	e3	e4	e5				
Atividades e Participação								
d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9
Funções do Corpo								
b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	

☐ Resposta afirmativa no quesito sobre Estrutura do Corpo e/ou no quesito sobre Prognóstico Desfavorável.

☐ Resposta afirmativa no quesito sobre possibilidade de resolução das alterações em Funções e/ou Estruturas do Corpo em menos de dois anos.

Resultado Final		
Fatores Ambientais	Atividades e Participação	Funções do Corpo
☐ Barreira	☐ Dificuldade	☐ Alteração

Decisão da Avaliação Social e Médico-pericial

☐ O avaliado preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/1993, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC.

☐ O avaliado não preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/1993, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC.

Profissionais avaliadores

Assistente Social	CRESS	Perito Médico	CRM				
<table border="1"> <tr> <td>GEX:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APS:</td> <td></td> </tr> </table>				GEX:		APS:	
GEX:							
APS:							

Anexo V – Avaliação de Pessoa com Deficiência para acesso ao BPC – menor de 16 anos

ANEXO II
PORTARIA CONJUNTA MDS/INSS nº 2, de 30 de março de 2015.
(Publicada no DOU nº 67, Seção 1, de 9 de abril de 2015 e Retificada no DOU nº 123, Seção 1, de 1º de julho de 2015)

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC – ESPÉCIE B87 MENOR DE 16 ANOS

GEX: _____ APS: _____

Dados pessoais do avaliado

Requerimento:		NB:	
Nome do avaliado:		Apelido:	
Sexo: M ☐ F ☐	Data de Nascimento:	Idade: (anos)	
Certidão de Nascimento:	Livro:	Folhas:	Cartório:
NIT:	Cart. Identidade:	Órgão Emissor:	Data emissão:
CPF:	CTPS nº:	Série:	UF:
Escolaridade: ☐ Não alfabetizado Fundamental ☐ Completo ☐ Incompleto Médio ☐ Completo ☐ Incompleto Superior ☐ Incompleto Outro. Especifique:			
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União Estável ☐ Divorciado ☐ Separado de fato ☐ Viúvo			
Nome do Responsável ou Representante legal: ☐ Mãe / Pai ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Procurador Outro. Especifique:			
Onde o avaliado vive ? ☐ Residência ☐ Em situação de rua ☐ Instituição ☐ Instituição para cumprimento de medida socioeducativa ☐ Regime de semiliberdade ☐ Regime fechado			
Nome da Instituição:		CNPJ ou CEI:	
Nome do representante:			
Endereço Residencial ou Institucional: <i>(citar pontos de referência)</i>		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Tel.:
Endereço para correspondência:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Tel.:

**AVALIAÇÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
ESPÉCIE 87 – BPC/LOAS - MENOR DE 16 ANOS**

Fase da avaliação

Inicial:	Recursal:	Revisão Administrativa:	Reavaliação Bial:	Judicial:
----------	-----------	-------------------------	-------------------	-----------

Dados do Avaliado

NIT:	Nome:	CPF:
NB / Espécie:	Nome da Mãe:	Sexo:
APS:	Grau de Instrução:	Data Nascimento:
Data Avaliação Social:	Idade:	(Meses / Anos)

Documento do Avaliado

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

Documento do Acompanhante / Responsável pelas informações

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

Cobertura Previdenciária e/ou da Assistência Social

☐ Já foi beneficiário do BPC	☐ Teve vínculo empregatício após ter sido beneficiário do BPC
☐ Nunca foi segurado	☐ Perdeu a qualidade de segurado
☐ Segurado sem carência	☐ Dependente de segurado
	☐ Tem qualidade de segurado
	☐ Outra

Deficiência informada

☐ Visual (Sensorial)	☐ Neuromusculoesquelética (Física)	☐ Outra. Especifique:
☐ Auditiva (Sensorial)	☐ Doença Crônica	
☐ Intelectual	☐ Múltipla	
☐ Transtorno Mental	☐ Não informada	

Responsável pelas informações

☐ Avaliado	☐ Avaliado não sabe informar	☐ Avaliado não tem condições de informar
☐ Acompanhante. Identifique:		
☐ Representante legal. Identifique:		
☐ Acompanhante ou representante legal não sabe informar		

História Social:

Constitui-se na síntese do estudo social, com registro de elementos relevantes que possibilitem conhecer, analisar e interpretar situações vivenciadas pela pessoa em seu cotidiano, para avaliar a participação plena e efetiva da pessoa na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, conforme previsto na legislação. Deve conter informações relevantes, que respaldem os qualificadores atribuídos às unidades de classificação e respectivos domínios, subsidiem a avaliação médico-pericial e avaliações subsequentes em fases recursal e judicial.

FATORES AMBIENTAIS

Qualificadores a serem usados: 0 = Nenhuma barreira (0 a 4%) 1 = Barreira Leve (5 a 24%) 2 = Barreira Moderada (25 a 49%) 3 = Barreira Grave (50 a 95%) 4 = Barreira Completa (96 a 100%) Os Fatores ambientais são externos ao indivíduo e podem ter influência sobre seu desempenho na execução de Atividades e Participação Social, assim como nas Funções e Estruturas do Corpo. Considerar na avaliação dos Fatores Ambientais as <u>barreiras</u> do ambiente físico, social e de atitudes no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida, assim como os Fatores Pessoais (gênero, etnia, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, nível de instrução, profissão e outros). Barreira: é um qualificador que descreve os obstáculos vivenciados pelo indivíduo (a qualificação deve considerar, inclusive, a frequência e extensão dessas barreiras). Ambiente social: relações de convívio familiar, comunitário e social, considerando a acessibilidade às políticas públicas, a vulnerabilidade e o risco pessoal e social a que a pessoa com deficiência está submetida. Ambiente físico: território onde vive e as condições de vida, considerando a acessibilidade, salubridade ou insalubridade.

I - PRODUTOS E TECNOLOGIA – e1: referem-se a qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia, inclusive os adequados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa, bem como bens materiais e não materiais e patrimônio financeiro que a pessoa possa usufruir. Analisar conforme a necessidade do avaliado.

Indicadores = disponibilidade; condições de acesso (despesa, distância geográfica entre o domicílio e local de acesso, qualidade e periodicidade).

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
1. Produtos ou substâncias para consumo pessoal (alimentação, dieta especial, medicação prescrita, entre outros) – e110					
2. Produtos e tecnologia para uso pessoal e na vida diária (objetos necessários ou de uso pessoal disponíveis, como: roupas e móveis, inclusive os adequados e especialmente projetados, órtese/prótese, inclusive óculos e lentes de contato ou intraoculares, lupas, bolsa coletora, sonda nasogástrica, nasointestinal ou de gastrostomia, nebulizador, instrumentos e aparelhos/produtos de limpeza, aparelhos e produtos para cuidados e higiene pessoal, fralda descartável, colchão caixa ou casca de ovo, colchão d'água, cama hospitalar, produtos e tecnologias para jogos e brincadeiras, entre outros) – e115					
3. Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos (objetos necessários para mobilidade, como: cadeira de rodas, cadeira para banho, muletas, andador, bengala e veículos motorizados e não motorizados para transporte de pessoas em terra, água ou ar, inclusive os adequados e especialmente projetados, entre outros) – e120					
4. Produtos e tecnologia para comunicação utilizada pelas pessoas nas atividades de transmissão e recepção de informações (instrumentos disponíveis, como: prótese de voz, aparelhos auditivos e computador, internet, telefone, televisão, rádio, inclusive os adequados e especialmente projetados, entre outros) – e125					
5. Produtos e tecnologia para educação (inclusive aquisição de conhecimento ou habilidade), cultura, lazer e trabalho, inclusive na condição de aprendiz (materiais e produtos, como: livros, brinquedos, materiais educativos, ferramentas, máquinas, equipamentos, mobiliário, hardwares, softwares, instrumentos musicais, materiais artísticos, recreativos e esportivos, entre outros) – e130 / e135 / e140					
6. Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção para acesso às instalações de uso público/privado, com segurança física (rampa de acesso, corrimão, piso tátil, elevador sonorizado, placas e sinalizações, inclusive em Braille e de emergência, semáforo sonoro, instalações sanitárias acessíveis, grades, armazenamento seguro de objetos e materiais perigosos, entre outros) – e150 / e155					
7. Produtos ou objetos de intercâmbio econômico (acesso a dinheiro, mercadorias, propriedades e outros valores que o indivíduo ou a família possui ou tem o direito de usar; considerar grau de comprometimento da renda familiar com gastos relacionados à dieta especial, medicação continuada não disponível na rede, tratamento especializado, gastos com cuidadores, entre outros, destinados ao próprio indivíduo ou a outros componentes do grupo familiar) – e165					
Qualificador do domínio e1					

II – CONDIÇÕES DE HABITABILIDADE E MUDANÇAS AMBIENTAIS – e2: Referem-se ao ambiente natural ou físico e aos componentes deste ambiente que foram modificados pelas pessoas, bem como às características das populações humanas desse ambiente. (*)

Indicadores = grau de vulnerabilidade e de risco social (acessibilidade, privacidade da moradia, condição de habitabilidade, insalubridade, periculosidade, precarização do ambiente, violência e outros não especificados).

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
8. Nível de vulnerabilidade e risco das condições de habitabilidade (qualquer aspectos climáticos ou evento natural ou de causa humana que configurem barreira para a pessoa com deficiência, tais como: morro, córrego, possível desabamento, inundações ou tempestades, poluição, violência, entre outros) – e210 / e225 / e230 / e235					
9. Situação e condição de habitabilidade (condição de moradia como barreira para a pessoa com deficiência. Considerar se a residência ou instituição é adequada ou de acesso universal, grau de privacidade, se própria, alugada, cedida, de favor, ocupada, acampamento, assentamento, pessoa em situação de rua, se é construção de alvenaria, madeira, taipa, entre outros) – e298 / e299 (**)					
Qualificador do domínio e2					
(*) Domínio da CIF adaptado para atender aos objetivos do instrumento.					
(**) Unidade de Classificação da CIF adaptada para atender aos objetivos do instrumento.					

III – APOIO E RELACIONAMENTOS – e3: referem-se à disponibilidade das pessoas ou animais domésticos em fornecer proteção, apoio físico ou emocional. Referem-se também aos relacionamentos com outras pessoas, na casa, na comunidade, escola ou apoio em outros aspectos das suas atividades diárias.

Indicadores = Apoio e relacionamentos insatisfatórios ou inexistentes no âmbito das relações familiares, comunitárias, institucionais e sociais, ou em outros aspectos das suas atividades.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
10. Disponibilidade da família em oferecer apoio físico, emocional, afetivo, proteção (segurança) e cuidados – e310/ e315					
11. Disponibilidade de amigos, conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade em oferecer apoio físico, emocional, afetivo, proteção (segurança) e cuidados – e320 / e325					

12. Disponibilidade de apoio físico, emocional, afetivo, proteção (segurança) e cuidados de profissionais de saúde, cuidadores e outros profissionais – e340 / e355 / e360					
13. Disponibilidade de animais de estimação que proporcionem apoio físico, emocional, psíquico e terapêutico (cavalos, cachorros, gatos, pássaros, peixes, entre outros) ou animais que auxiliem a mobilidade e transporte pessoal (cão-guia, entre outros) – e350					
14. Condições familiares que interferem na disponibilidade de apoio e relacionamentos (existência de idosos, crianças, pessoas com deficiência, com doença crônica, com dependência química, desempregadas, sobrecarga de cuidadores na família, menor disponibilidade de familiares por residirem distante ou por razões diversas, incluindo compromissos de trabalho) – e398					
Qualificador do domínio e3					

IV – ATITUDES – e4: referem-se às consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores e normas, oriundas de pessoas externas à pessoa cuja situação está sendo avaliada. As atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e sociais, às estruturas políticas, econômicas e legais.

Indicadores = atitudes estigmatizantes, estereotipadas, preconceituosas, discriminatórias, de superproteção e/ou negligentes, que contribuem para segregação da pessoa com deficiência e influenciam no comportamento e nas ações individuais.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
15. Situações de preconceito, estigma, estereótipo, discriminação, superproteção, negligência de membros da família – e410 / e415					
16. Situações de preconceito, estigma, estereótipo, discriminação, superproteção, negligência de amigos, conhecidos, colegas, vizinhos, membros ou grupos sociais da comunidade/sociedade – e420 / e425 / e430 / e435 / e440 / e460					
17. Situações de preconceito, estigma, estereótipo, discriminação, superproteção, negligência de cuidadores e assistentes pessoais, profissionais de saúde e de educação, pessoas em posição de autoridade ou subordinadas e outros, inclusive em relação à inserção e permanência no trabalho (no caso de avaliados com 14 anos ou mais) – e450 / e499					
Qualificador do domínio e4					

V – SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS – e5: referem-se à rede de serviços, sistemas e políticas garantidoras de proteção social.

Indicadores = Não tem acesso ou o acesso disponível não supre suas necessidades, inclusive pela distância e/ou inexistência do serviço na localidade em que vive.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4
18. Serviços, sistemas e políticas de habitação (existência e acesso a políticas habitacionais que contemplem moradias e entorno com acessibilidade e proximidade de equipamentos e serviços públicos) – e525					
19. Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos (acesso a serviços de abastecimento de água e esgoto, energia elétrica, coleta de lixo, correios, entre outros) – e530					
20. Serviços, sistemas e políticas de comunicação (acesso à transmissão de informações por meio de vários métodos que incluem telefone, fax, correio postal, correio eletrônico e outros) e comunicação em massa (rádio, televisão, serviços de circuito fechado, serviços de reportagens e imprensa, jornais, serviços em Braille, internet, entre outros) – e535 / e560					
21. Serviços, sistemas e políticas de transporte (acesso a transporte coletivo e/ou adaptado e/ou existência e inclusão em programa de livre acesso ao transporte coletivo, de forma a suprir as necessidades) – e540					
22. Serviços, sistemas e políticas de proteção civil (acesso a serviços de emergência e de ambulância e a serviços e programas voltados à segurança das pessoas e da propriedade, tais como bombeiros, polícia, defesa civil, entre outros) – e545					
23. Serviços, sistemas e políticas legais (acesso a serviços dos órgãos de proteção dos direitos sociais: Fóruns, Tribunais, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Cartórios, entre outros) – e550					
24. Serviços, sistemas e políticas de apoio social (fornecimento de suporte específico para aqueles que necessitam de apoio para compras, trabalho doméstico, transporte, cuidados com criança, cuidados temporários, cuidado pessoal, entre outros, para que participem plenamente na sociedade) – e575					
25. Serviços, sistemas e políticas de saúde (acesso a hospitais, postos de saúde, programa de saúde da família, exames simples e complexos, procedimentos cirúrgicos, serviços de habilitação e reabilitação, inclusive terapia reabilitatória e estimulação precoce, entre outros, de forma a suprir as necessidades) – e580					
26. Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento (acesso a escolas com educação inclusiva e/ou especializada na comunidade, equipadas com materiais pedagógicos adequados, equipe técnica especializada, acessibilidade, incluindo áreas de apoio que atendam às necessidades específicas da pessoa com deficiência, entre outros) – e585					
27. Serviços, sistemas e políticas relacionados ao trabalho e emprego (acesso ao trabalho na condição de aprendiz, condições de trabalho adequadas, entre outras ações) – e590 (a partir de 14 anos)					
28. Serviços, sistemas e políticas de assistência social (o conjunto integrado					

de programas, serviços e benefícios de iniciativa pública estatal e da sociedade para garantir proteção social às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, tais como: ações socioassistenciais promovidas pelo PAIF, CRAS, CREAS e outros, disponíveis para suprir as necessidades) – e598.					
Qualificador do domínio e5					

Fatores Ambientais				
e1	e2	e3	e4	e5
Qualificador Final de Fatores Ambientais				
		Barreira		

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

Qualificadores a serem usados: 0 = Nenhuma dificuldade (0 a 4%) 1 = Dificuldade Leve (5 a 24%) 2 = Dificuldade Moderada (25 a 49%) 3 = Dificuldade Grave (50 a 95%) 4 = Dificuldade Completa (96 a 100%)
Considerar na análise o impacto/influência dos Fatores Ambientais (barreiras) e Pessoais (gênero, etnia, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, nível de instrução, profissão e outros) e na avaliação do <u>desempenho</u> para a execução de atividades e participação social, em igualdade de condições com as demais pessoas. Desempenho: é um qualificador que descreve o que o indivíduo faz (grau de dificuldade) em seu ambiente de vida habitual, entendido como "envolvimento em uma situação vital" ou "a experiência vivida", no contexto real em que vive (a qualificação deve considerar, sobretudo, a frequência e extensão da dificuldade). Atividade: é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a <u>perspectiva individual</u> da funcionalidade. Participação: é o ato de se envolver em uma situação real de vida. Representa a <u>perspectiva social</u> da funcionalidade. As colunas T e P, à direita dos qualificadores de cada domínio, destinam-se à sinalização de dependência Total ou Parcial de cuidados de terceiros, sempre que o avaliador julgar pertinente, com vistas a fornecer subsídios para políticas públicas de cuidados. Não representam o foco principal da avaliação, que deve estar centrado no desempenho para o exercício de atividades e participação social, conforme o grau de dificuldade estabelecido pelos cortes percentuais acima.

VI – VIDA DOMÉSTICA – d6: refere-se à realização de ações e tarefas domésticas e do dia a dia (limpeza e reparos domésticos, cuidar de objetos pessoais, da casa e ajudar os outros, além de obter um lugar para morar, alimento, vestuário e outras necessidades).

Indicadores = limitação no desempenho para administrar e executar tarefas domésticas, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
29. Dificuldade para obter bens e serviços (selecionar, adquirir e transportar bens e produtos para uso doméstico e/ou solicitar instalações e reparos, entre outros serviços), de forma compatível com a faixa etária – d620 (a partir de 14 anos)							
30. Dificuldade para preparar e se servir de alimentos e bebidas frias, para si e para os outros (planejar o que será consumido, selecionar ingredientes, preparar e servir o alimento ou bebida), de forma compatível com a faixa etária – d630 (a partir de 7 anos)							
31. Dificuldade para planejar, administrar e realizar tarefas domésticas (limpar e arrumar o quarto ou partes da casa, organizar armários e gavetas, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos, remover o lixo, entre outras atividades), de forma compatível com a faixa etária – d640 (a partir de 7 anos)							
32. Dificuldade para cuidar de objetos da casa, de objetos pessoais, de plantas e animais (manter e consertar objetos da casa, objetos pessoais - como roupas e brinquedos, cuidar das plantas, tratar e alimentar animais domésticos, entre outras atividades), de forma compatível com a faixa etária – d650 (a partir de 12 anos)							
33. Dificuldade para ajudar os outros (auxiliar os membros da casa e outros na comunicação, no cuidado pessoal, movimento, dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da casa, entre outros), de forma compatível com a faixa etária – d660 (a partir de 12 anos)							
Qualificador do domínio d6							

VII – RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS – d7: referem-se à realização de ações e condutas necessárias para estabelecer interações pessoais, de maneira contextual e socialmente estabelecida com outras pessoas (estranhos, amigos, familiares e companheiros).

Indicadores = limitação no desempenho para iniciar, manter e terminar relações interpessoais de maneira contextual e socialmente estabelecida, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
34. Dificuldade para estabelecer interações pessoais básicas com os outros (com respeito, discernimento, afeto, tolerância, atitude crítica, reações adequadas, contato físico contextual e apropriado; distinguir familiares de estranhos, reagir adequadamente a situações conhecidas e desconhecidas, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d710 (a partir de 1 ano)							
35. Dificuldade para estabelecer interações pessoais complexas (iniciar, manter ou terminar relações com outras pessoas, controlando emoções, impulsos, agressões verbais e/ou físicas e agir de forma independente nas interações sociais, conforme as regras sociais; considerar se a autorrepresentação da deficiência dificulta os relacionamentos), de forma compatível com a faixa etária – d720 (a partir de 7 anos)							
36. Dificuldade para estabelecer contatos ou ligações temporárias com estranhos (solicitar algo, fazer um agradecimento, formular indagações, perguntar um caminho), de forma compatível com a faixa etária – d730 (a partir de 3 anos)							
37. Dificuldade para criar e manter relações específicas em ambientes formais (com professores, funcionários, profissionais ou prestadores de serviços, entre outros), de forma compatível com a faixa etária – d740 (a partir de 7 anos)							
38. Dificuldade para iniciar relações informais, como relações casuais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou residência, ou com colaboradores, estudantes, companheiros de lazer (amigos, vizinhos, conhecidos, colegas de moradia), de forma compatível com a faixa etária – d750 (a partir de 3 anos)							
39. Dificuldade para criar e manter relações de parentesco com membros do núcleo familiar, família adotiva e de criação e parentes distantes, não consanguíneos ou tutores, de forma compatível com a faixa etária – d780 (a partir de 3 anos)							
Qualificador do domínio d7							

VIII – ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA – d8: referem-se à realização das tarefas e ações necessárias para participar das atividades de educação e transações econômicas.

Indicadores = limitação no desempenho em participar e realizar tarefas e ações acima mencionadas, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
40. Dificuldade para obter acesso e participar da educação pré-escolar (no lar, maternal, creche, centro educacional infantil), interagindo com demais alunos, professores e funcionários, de forma compatível com a faixa etária. Inclui ir à escola regularmente e interagir com alunos, professores e funcionários – d815 / d816 (de 6 meses a menor de 6 anos)							
41. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir as responsabilidades e exigências do ensino fundamental e médio, de forma compatível com a faixa etária. Inclui ir à escola regularmente, progredir para outros níveis de educação, trabalhar em cooperação com outros alunos e interagir com professores e funcionários – d820 (a partir de 6 anos)							
42. Dificuldade para obter acesso, realizar ou participar de atividades, aprender o conteúdo e cumprir responsabilidades e exigências de curso técnico e/ou profissionalizante, de forma compatível com a faixa etária. Inclui ir à escola regularmente, progredir para outros níveis de formação profissional, trabalhar em cooperação com outros alunos e interagir com professores e funcionários – d825 (a partir de 14 anos)							
43. Dificuldade para realizar transações econômicas básicas, para efetuar compras, trocar mercadorias ou economizar dinheiro, entre outras, de forma compatível com a faixa etária – d880 (a partir de 10 anos)							
44. Dificuldade para se envolver, de forma deliberada e continuada, sozinho ou com outros, em brincadeiras utilizando objetos, brinquedos, materiais ou jogos, recreativos ou pedagógicos, de forma compatível com a faixa etária – d880 (a partir de 6 meses)							
Qualificador do domínio d8							

IX – VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA – d9: referem-se às ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica.

Indicadores = limitação no desempenho em participar e realizar atividades relacionadas à vida comunitária, social e cívica, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
45. Dificuldade para participar de reuniões comunitárias, cerimônias sociais, associações e grupos sociais em espaços públicos na vizinhança e comunidade (parque, praças e áreas públicas), de forma compatível com a faixa etária – d910 (a partir de 3 anos)							
46. Dificuldade para participar de atividades recreativas e de lazer (excursões, trabalhos artesanais, jogos, esportes, cinema, museus, tocar instrumentos musicais, entre outras atividades culturais e de diversão), de forma compatível com a faixa etária – d920 (a partir de 7 anos)							
Qualificador do domínio d9							

☐ Solicitação de Informações Sociais – SIS

☐ Solicitação de Visita Técnica

Atividades e Participação			
d6	d7	d8	d9

Qualificador Parcial de Atividades e Participação			
		Dificuldade	

Risco e Proteção Social

☐ **CASO SEJAM OBSERVADOS INDÍCIOS DE RISCO SOCIAL QUE DEMANDEM ACOMPANHAMENTO PRIORITÁRIO** (violência física e/ou psicológica, abandono familiar, abusos e/ou exploração sexual, crianças e/ou adolescentes fora da escola, exploração de trabalho infantil, entre outros), ASSINALE E DESCREVA ABAIXO PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO:

Descreva:

☐ **NA AUSÊNCIA DE PROTEÇÃO SOCIAL, FAMILIAR E/OU COMUNITÁRIA, ENTRE OUTRAS, ASSINALE E DESCREVA ABAIXO, PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO:**

Descreva:

Avaliação Social

<table border="1"> <tr> <th colspan="5">Fatores Ambientais</th></tr> <tr> <th>e1</th><th>e2</th><th>e3</th><th>e4</th><th>e5</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					Fatores Ambientais					e1	e2	e3	e4	e5						<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Atividades e Participação</th></tr> <tr> <th>d6</th><th>d7</th><th>d8</th><th>d9</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Atividades e Participação				d6	d7	d8	d9				
Fatores Ambientais																																			
e1	e2	e3	e4	e5																															
Atividades e Participação																																			
d6	d7	d8	d9																																
<table border="1"> <tr> <th colspan="9">Resultado Parcial</th></tr> <tr> <td colspan="9">Fatores Ambientais: ☐ = Barreira </td></tr> <tr> <td colspan="9">Qualificador Parcial de Atividades e Participação: ☐ = Dificuldade </td></tr> </table>									Resultado Parcial									Fatores Ambientais: ☐ = Barreira									Qualificador Parcial de Atividades e Participação: ☐ = Dificuldade								
Resultado Parcial																																			
Fatores Ambientais: ☐ = Barreira																																			
Qualificador Parcial de Atividades e Participação: ☐ = Dificuldade																																			

Observações do avaliador(a):

Profissional avaliador(a):

Local e data	Assistente Social	CRESS				
<table border="1"> <tr> <td>GEX:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>APS:</td> <td> </td> </tr> </table>			GEX:		APS:	
GEX:						
APS:						

AValiação Médico-Pericial da Pessoa com Deficiência
ESPÉCIE 87 – BPC / LOAS – MENOR DE 16 ANOS

Fase da avaliação

Inicial:		Recursal:		Revisão Administrativa:		Reavaliação Bienal:		Judicial:	
----------	--	-----------	--	-------------------------	--	---------------------	--	-----------	--

Dados do Avaliado

NIT:		Nome:		CPF:	
NB / Espécie:		Nome da Mãe:		Sexo:	
APS:		Grau de Instrução:		Data Nascimento:	
Data Avaliação Social:		Data Avaliação Médico Pericial:		Idade:	(Meses / Anos)

Documento do Avaliado

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

Documento do Acompanhante / Responsável pelas informações

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

História Clínica:

Considerar todos os elementos relevantes da história clínica atual e pregressa, que darão subsídios para a avaliação e qualificação dos domínios abaixo relacionados, incluindo relatórios e laudos técnicos, prontuários e resultados de exames complementares, quando houver.

Informações de exames e laudos apresentados:

Exame físico:

Considerar as alterações relevantes observadas ao exame físico, que darão subsídios para a avaliação e qualificação dos domínios abaixo relacionados.

Diagnóstico:

CID PRINCIPAL: (Campo Obrigatório)		Código:	
CID SECUNDÁRIO(S): (Campo Obrigatório)		Códigos:	
		Não há:	

FUNÇÕES DO CORPO

Qualificadores a serem usados:	0 = Nenhuma alteração (0 a 4%)	1 = Alteração Leve (5 a 24%)	2 = Alteração Moderada (25 a 49%)
	3 = Alteração Grave (50 a 95%)	4 = Alteração Completa (96 a 100%)	

X – FUNÇÕES MENTAIS – b1: referem-se às funções do cérebro, que incluem funções mentais globais, como consciência, energia e impulso, e funções mentais específicas, como memória, linguagem e cálculo.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
47. Funções da consciência (vigília, obnubilação, coma, estado vegetativo, estado de alerta, delírio, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b110					
48. Funções de orientação (conhecimento e determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, objetos, espaço, tempo e/ou ambiente, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b114 (a partir de 6 meses)					
49. Funções intelectuais (várias funções mentais integradas, incluindo as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida. Verificar: deficiência intelectual, transtorno mental, demência, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b117 (a partir de 6 meses)					
50. Funções psicossociais globais (habilidades interpessoais necessárias para o estabelecimento de interações sociais recíprocas, em termos de significado e finalidade, adaptabilidade, responsividade, previsibilidade, persistência e acessibilidade, interações interpessoais, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b122, b125 (a partir de 1 ano)					

51. Funções do temperamento e personalidade (extroversão, introversão, amabilidade, responsabilidade, estabilidade psíquica e emocional, abertura e busca para novas experiências, otimismo, confiança, confiabilidade, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b126 (a partir de 5 anos)					
52. Funções da energia e de impulsos (nível de energia, motivação, apetite, desejo intenso/dependência, controle de impulsos, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b130 (a partir de 5 anos)					
53. Funções do sono (início, manutenção, quantidade e qualidade do sono), de forma compatível com a faixa etária – b134					
54. Funções da atenção (concentração, distração e distúrbios da atenção), de forma compatível com a faixa etária – b140 (a partir de 6 meses)					
55. Funções da memória (distúrbios da memória recente, remota e amnésica), de forma compatível com a faixa etária – b144 (a partir de 3 anos)					
56. Funções psicomotoras (atraso psicomotor, controle e coordenação de partes do corpo, marcha, postura, ecolalia, ecopraxia, excitação, agitação, catatonia, negativismo, ambivalência, convulsão epiléptica, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b147 (a partir de 3 meses)					
57. Funções da emoção (funções mentais específicas relacionadas com a adequação, regulação e amplitude da emoção, tristeza, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, apatia afetiva, labilidade emocional, depressão, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b152 (a partir de 7 anos)					
58. Funções da percepção (reconhecimento e interpretação de estímulos sensoriais envolvendo audição, visão, olfato, paladar e/ou tato e posição de objetos em relação a si e ao ambiente, como em alucinações ou ilusões, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b156 (a partir de 3 meses)					
59. Funções do pensamento (delírios, obsessões e compulsões, bloqueio, incoerência, fuga de ideias, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b160 (a partir de 7 anos)					
60. Funções cognitivas básicas (conhecimento sobre objetos, eventos e experiências, entre outras, e organização/aplicação deste conhecimento em tarefas que requerem atividade mental), de forma compatível com a faixa etária – b163 (a partir de 3 anos)					
61. Funções cognitivas superiores (pensamento abstrato, organização de ideias, tomada de decisão, planejamento e execução, julgamento, flexibilidade mental, autoconhecimento, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b164 (a partir de 10 anos)					
62. Funções mentais da linguagem (recepção e expressão de linguagem gestual, decodificação e produção de mensagens de gestos feitos pelas mãos e outros movimentos, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b167 (a partir de 2 anos)					
63. Funções de cálculo (funções de operações matemáticas simples - adição, subtração, multiplicação e divisão e complexas - procedimentos aritméticos, com fórmulas matemáticas, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b172 (a partir de 7 anos)					
64. Funções da experiência pessoal e de tempo (consciência da própria identidade, representação e consciência do corpo, duração e passagem do tempo, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b180 (a partir de 3 anos)					
Qualificador do domínio X-b1					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XI – FUNÇÕES SENSORIAIS DA VISÃO – b2: referem-se à percepção de luz, tamanho e cor de um estímulo visual.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
65. Funções da visão (qualidade, acuidade, percepção de luz e cor, visão monocular e binocular, miopia, hipermetropia, astigmatismo, hemianopsia, presbiopia, cegueira de cores, visão em túnel, escotoma central e periférico, diplopia, cegueira noturna e adaptabilidade à luz, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b210					
66. Funções das estruturas adjacentes ao olho (funções da acomodação, reflexo pupilar, funções da pálpebra, nistagmo, movimentos voluntários, movimentos de rastreamento, fixação do olho, estrabismo, funções das glândulas e canal lacrimonasal, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b215					
67. Sensações associadas ao olho e estruturas adjacentes (pressão, cansaço, ressecamento, prurido, irritação, queimação, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b220					
Qualificador do domínio XII-b2					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XII – FUNÇÕES SENSORIAIS DA AUDIÇÃO – b2: referem-se à percepção de sons e discriminação de localização, intensidade, ruído e qualidade.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
68. Funções auditivas (detecção, discriminação e localização do som e da fala, insuficiência e perda da audição, entre outras) de forma compatível com a faixa etária – b230					
69. Funções vestibulares (determinação da posição, equilíbrio e movimentação do corpo, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b235					
70. Sensações associadas à audição e à função vestibular (tontura, sensação de queda, vibração, vertigem, zumbido, irritação e pressão auricular, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b240					
Qualificador do domínio XII-b2					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XIII – FUNÇÕES SENSORIAIS ADICIONAIS E DOR – b2: referem-se às funções gustativas, olfativas, proprioceptivas, táteis e a sensações relacionadas à temperatura e outros estímulos e sensação de dor.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
71. Funções gustativas e olfativas, de forma compatível com a faixa etária – b250 / b255 (a partir de 1 ano)					
72. Funções proprioceptivas (percepção da posição relativa de partes do corpo), de forma compatível com a faixa etária – b260 (a partir de 1 ano)					
73. Função tátil (anestesia, parestesia, formigamento, hipoestesia, hiperestesia, entre outras) e funções sensoriais relacionadas à temperatura e outros estímulos (sensibilidade à temperatura, vibração, tremor ou oscilação, pressão superficial ou profunda, ardor, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b265 / b270 (a partir de 6 meses)					
74. Sensação de dor (dor generalizada ou localizada em uma ou mais partes do corpo, analgesia, hipotalgesia, hiperalgesia, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b280					
Qualificador do domínio XIII-b2					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XIV – FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA – b3: referem-se à produção de sons e da fala.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
75. Funções da voz (produção e qualidade da voz, dissonância, afonia, rouquidão, hiponasalidade, hipernasalidade, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b310					
76. Funções da articulação (produção de sons da fala, disartria, anartria, articulação de fonemas, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b320 (a partir de 1 ano)					
77. Funções da fluência e ritmo da fala (alterações na fluência, gagueira, verborreia, dislalia – taquialia, bradialia, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b330 (a partir de 2 anos)					
Qualificador do domínio XIV-b3					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XV – FUNÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR – b4: referem-se às funções do coração, vasos sanguíneos e pressão sanguínea.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
78. Funções do coração (ritmo, frequência, contratilidade, insuficiência, isquemia, bloqueio, valvulopatias, miocardiopatias, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b410					
79. Funções dos vasos sanguíneos (valvulares, arteriais, venosas e capilares), de forma compatível com a faixa etária – b415					
80. Funções da pressão sanguínea (hipotensão, hipertensão), de forma compatível com a faixa etária – b420					
Qualificador do domínio XV-b4					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XVI – FUNÇÕES DO SISTEMA HEMATOLÓGICO – b4: referem-se à produção de sangue, transporte de oxigênio e metabólitos e à coagulação.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
81. Funções da produção de sangue, da medula óssea, do baço, do transporte de oxigênio e metabólitos (anemias, linfomas, leucemias, mielodisplasias, aplasia medular, mieloma múltiplo, trombocitopenia, hemoglobinúria, doença falciforme, talassemias, coagulopatias, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b430					
Qualificador do domínio XVI-b4					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XVII – FUNÇÕES DO SISTEMA IMUNOLÓGICO – b4: referem-se à imunidade celular e humoral e alterações na função do sistema linfático.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
82. Funções do sistema imunológico (alterações imunológicas mediadas por células ou por anticorpos, doença autoimune, imunossupressão medicamentosa e/ou em decorrência de outras morbidades, incluindo câncer, reações alérgicas, respostas a imunizações, alterações no sistema linfático, linfadenites, linfedema, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b435					

Qualificador do domínio XVII-b4					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XVIII – FUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO – b4: referem-se à frequência, ritmo e profundidade da respiração e às funções dos músculos respiratórios.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
83. Funções respiratórias - frequência, ritmo, profundidade e dificuldades (dispneia, taquipneia, respiração irregular, espasmo brônquico, enfisema pulmonar, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b440					
Qualificador do domínio XVIII-b4					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XIX – FUNÇÕES DO SISTEMA DIGESTIVO – b5: referem-se à ingestão, digestão e eliminação de substâncias líquidas e sólidas.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
84. Funções de ingestão (sucção, mordedura, mastigação, mobilização de alimentos na boca, salivação, deglutição, regurgitação, vômito, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b510					
85. Funções digestivas (peristaltismo, degradação dos alimentos, absorção dos nutrientes, tolerância aos alimentos, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b515					
86. Funções da defecação (consistência, frequência e continência fecal, flatulência, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b525					
87. Funções de manutenção de peso (baixo peso, caquexia, emaciação, obesidade, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b530					
Qualificador do domínio XIX-b5					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XX – FUNÇÕES DOS SISTEMAS METABÓLICO E ENDÓCRINO – b5: referem-se às funções metabólicas gerais e das glândulas endócrinas, inclusive as associadas à puberdade.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
88. Funções metabólicas gerais (metabolismo basal, metabolismo de carboidratos, de proteínas ou gorduras, incluindo lipodistrofia, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b540					
89. Funções de equilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico, de forma compatível com a faixa etária – b545					
90. Funções das glândulas endócrinas, inclusive as associadas à puberdade (hipo ou hiperpituitarismo, hipo ou hipertireoidismo, hipo ou hiperparatireoidismo, hipo ou hiperandrogenismo, nanismo, gigantismo, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b555 / b560					
Qualificador do domínio XX-b5					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XXI – FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS – b6: referem-se às funções urinárias e reprodutivas, incluindo funções sexuais e de procriação.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)	0	1	2	3	4
91. Funções relacionadas à filtração ou eliminação da urina (insuficiência renal, anúria, oligúria, hidronefrose, bexiga hipotônica, obstrução do ureter, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b610					
92. Funções urinárias (frequência de micção, continência, urgência, retenção, fluxo excessivo, poliúria, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b620					
93. Função reprodutiva (funções sexuais, funções da menstruação, incluindo endometriose, funções de procriação, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b640 / b650 / b660					
Qualificador do domínio XXI-b6					
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.	Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
	Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XXII – FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO – b7: referem-se à mobilidade, funções das articulações, ossos, reflexos e músculos.

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)		0	1	2	3	4
94. Funções das articulações e/ou dos ossos (mobilidade das articulações e dos ossos), de forma compatível com a faixa etária – b710 / b715 / b720						
95. Funções musculares (relacionadas à força, ao tônus e à resistência muscular), de forma compatível com a faixa etária – b730 / b735 / b740						
96. Funções dos movimentos (relacionadas aos reflexos motores e dos movimentos involuntários, controle voluntário e involuntário), de forma compatível com a faixa etária – b750 / b755 / b760 / b761 / b765						
97. Funções relacionadas ao padrão da marcha (deficiências como marcha espástica, hemiplégica, paraplégica, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b770						
		Qualificador do domínio XXII-b7				
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.		Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
		Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

XXIII – FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS – b8: referem-se a funções da pele e seus anexos (pelos, cabelos e unhas).

Indicadores = discriminados nas unidades de classificação abaixo, entre parênteses.

(Qualifique de 0 a 4 as unidades de classificação consideradas para a qualificação final do domínio)		0	1	2	3	4
98. Funções protetoras, reparadoras e outras funções da pele e fâneros (pênfigo, psoríase, hanseníase, neurofibromatose, dermatite de contato, albinismo, vitiligo, escarpelamento, queimaduras, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – b810 / b820 / b830 / b840 / b850						
		Qualificador do domínio XXIII-b8				
Justifique, caso seja atribuído qualificador "0" a este domínio.		Não foram observadas alterações ou as alterações no domínio como um todo são mínimas (de 0 a 4%).				
		Ausência de elementos de convicção para qualificar.				

Funções do Corpo												
X-b1	XI-b2	XII-b2	XIII-b2	XIV-b3	XV-b4	XVI-b4	XVII-b4	XVIII-b4	XIX-b5	XX-b5	XXI-b6	XXII-b7

b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8

Qualificador Final de Funções do Corpo		
	Alteração	

Estrutura e Prognóstico

EXISTEM ALTERAÇÕES NA ESTRUTURA DO CORPO QUE CONFIGURAM MAIORES LIMITAÇÕES E RESTRIÇÕES AO AVALIADO DO QUE AS ALTERAÇÕES OBSERVADAS EM FUNÇÕES DO CORPO?	
☐ Não	
☐ Sim <i>A resposta afirmativa a este quesito implicará a elevação do qualificador final de Funções do Corpo em um nível (de N para L, de L para M, de M para G, de G para C e C permanece como C).</i>	
Assinale abaixo a(s) Estrutura(s) do Corpo que configura(m) tal condição:	
Estruturas do sistema nervoso Estruturas do olho Estruturas do ouvido Estruturas relacionadas à voz e à fala Estruturas do sistema cardiovascular Estruturas do sistema imunológico	Estruturas do sistema respiratório Estruturas do sistema digestivo Estruturas do sistema metabólico e endócrino Estruturas do sistema geniturinário e reprodutivo Estruturas relacionadas ao movimento Pele e estruturas relacionadas
Descreva, caso já não o tenha feito na história clínica ou no exame físico:	
AS ALTERAÇÕES OBSERVADAS EM FUNÇÕES E/OU ESTRUTURAS DO CORPO CONFIGURAM PROGNÓSTICO DESFAVORÁVEL?	
<i>A resposta afirmativa a este quesito implicará a elevação do qualificador final de Funções do Corpo em um nível (de L para M, de M para G, de G para C e C permanece como C), de forma não cumulativa, caso já tenha havido elevação pelo quesito anterior.</i>	

☐ Não
☐ Não é possível prognosticar
☐ Sim. Descreva, caso já não o tenha feito na história clínica ou no exame físico:

CONSIDERANDO AS BARREIRAS APONTADAS NA AVALIAÇÃO SOCIAL E OS ASPECTOS CLÍNICOS AVALIADOS, É POSSÍVEL AFIRMAR QUE AS ALTERAÇÕES EM FUNÇÕES E/OU ESTRUTURAS DO CORPO SERÃO RESOLVIDAS EM MENOS DE DOIS ANOS?
(Considerar também o tempo progressivo já vivenciado com tal quadro, as possibilidades de acesso ao tratamento necessário e a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas).

☐ Não
☐ Não é possível prever, mas os efeitos podem se estender por dois anos ou mais.
☐ Sim. Neste caso, justifique:

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

Qualificadores a serem usados: 0 = Nenhuma dificuldade (0 a 4%) 1 = Dificuldade Leve (5 a 24%) 2 = Dificuldade Moderada (25 a 49%) 3 = Dificuldade Grave (50 a 95%) 4 = Dificuldade Completa (96 a 100%)
<i>Considerar na análise o impacto/influência dos Fatores Ambientais (barreiras) e Pessoais (gênero, etnia, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, nível de instrução, profissão e outros) e na avaliação do desempenho para a execução de atividades e participação social, em igualdade de condições com as demais pessoas.</i> <i>Desempenho: é um qualificador que descreve o que o indivíduo faz (grau de dificuldade) em seu ambiente de vida habitual, entendido como "envolvimento em uma situação vital" ou "a experiência vivida", no contexto real em que vive (a qualificação deve considerar, sobretudo, a frequência e extensão da dificuldade).</i> <i>Atividade: é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade.</i> <i>Participação: é o ato de se envolver em uma situação real de vida. Representa a perspectiva social da funcionalidade.</i>
As colunas T e P, à direita dos qualificadores de cada domínio, destinam-se à sinalização de dependência Total ou Parcial de cuidados de terceiros, sempre que o avaliador julgar pertinente, com vistas a fornecer subsídios para políticas públicas de cuidados. Não representam o foco principal da avaliação, que deve estar centrado no desempenho para o exercício de atividades e participação social, conforme o grau de dificuldade estabelecido pelos cortes percentuais acima.

XXVI – APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DE CONHECIMENTO – d1: referem-se ao desempenho em aprender, aplicar o conhecimento aprendido, pensar, resolver problemas e tomar decisões.

Indicadores = limitação no desempenho para aprender e aplicar o conhecimento aprendido, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
99. Dificuldade para utilizar intencionalmente o sentido da visão (seguir objeto visualmente, observar pessoas, assistir a evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d110 (a partir de 1 ano)							
100. Dificuldade para utilizar intencionalmente o sentido da audição (ouvir rádio, música, voz humana, entre outras) de forma compatível com a faixa etária – d115 (a partir de 6 meses)							
101. Dificuldade em percepções sensoriais intencionais de tato, paladar e olfato (tocar, sentir texturas, explorar com a boca e nariz objetos, comida e bebida, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d120 (a partir de 6 meses)							
102. Dificuldade para imitar ou copiar algo que configure aprendizagem básica (imitar, aprender brincando, copiar um gesto, som ou letras, jogos simbólicos ou "faz de conta", entre outras situações simples), de forma compatível com a faixa etária – d130 / d131 (a partir de 6 meses)							
103. Dificuldade para adquirir linguagem para representar pessoas, objetos, eventos, acontecimentos, sentimentos, por meio de palavras, símbolos, expressões, frases ou gestos, de forma compatível com a faixa etária – d133 / d134 (a partir de 2 anos)							
104. Dificuldade para adquirir conceitos sobre tamanho, forma, quantidade, comprimento, igual/diferente, grande/pequeno, esquerdo/direito, de forma compatível com a faixa etária – d137 (a partir de 3 anos)							
105. Dificuldade para aprender a ler e utilizar esse conhecimento (ler, compreendendo o significado de vocábulos, frases e textos, inclusive em Braille, quando for o caso), de forma compatível com a faixa etária – d140 /							

d166 (a partir de 6 anos)							
106. Dificuldade para aprender a escrever e utilizar esse conhecimento (escrever, compreendendo o significado de vocábulos, frases e textos, inclusive em Braille, quando for o caso), de forma compatível com a faixa etária – d145 / d170 (a partir de 6 anos)							
107. Dificuldade para aprender a calcular e aplicar esse conhecimento (calcular, compreendendo o significado de símbolos e operações matemáticas), de forma compatível com a faixa etária – d150 / d172 (a partir de 6 anos)							
108. Dificuldade para adquirir e executar habilidades básicas (usar talheres, lápis, entre outras) e complexas (jogos, esportes, utilizar ferramentas, relógio, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d155 (a partir de 2 anos)							
109. Dificuldade para concentrar a atenção, encontrar solução para problemas simples e complexos e tomar decisões, de forma compatível com a faixa etária – d160 / d175 / d177 (a partir de 7 anos)							
Qualificador do domínio d1							

XXVII – TAREFAS E DEMANDAS GERAIS – d2: referem-se aos aspectos gerais da execução de uma única tarefa ou de várias tarefas, organização de rotinas e superação do estresse.

Indicadores = limitação no desempenho para a execução de tarefa(s), organização de rotinas e superação do estresse, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
110. Dificuldade para realizar uma única tarefa ou atender a um único comando (preensão palmar voluntária, pegar voluntariamente um objeto, entre outras), de forma compatível com a faixa etária – d210 (a partir de 6 meses)							
111. Dificuldade para realizar tarefas múltiplas, atender a comandos múltiplos, realizar a rotina diária, de forma independente ou a comando de outros, de forma compatível com a faixa etária – d220 / d230 (a partir de 7 anos)							
112. Dificuldade para gerenciar o próprio comportamento e emoções frente a determinadas demandas, de forma coerente e compatível com a faixa etária (considerar se a autopercepção da deficiência aumenta essa dificuldade) – d250 (a partir de 7 anos)							
Qualificador do domínio d2							

XXVIII – COMUNICAÇÃO – d3: refere-se às características gerais e específicas da comunicação, por meio da linguagem, sinais e símbolos, incluindo a recepção e produção de mensagens, manutenção da conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação.

Indicadores = limitação no desempenho para se comunicar (entender e se fazer entender), em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
113. Dificuldade na recepção de mensagens orais (compreender o significado de uma frase), de forma compatível com a faixa etária – d310 (a partir de 1 ano)							
114. Dificuldade na recepção de mensagens não verbais (compreender mensagens transmitidas por gestos, símbolos, fotos, desenhos e expressões faciais, leitura labial), de forma compatível com a faixa etária – d315 (a partir de 2 anos)							
115. Dificuldade na recepção e compreensão de mensagens na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), de forma compatível com a faixa etária – d320 (a partir de 7 anos) *							
116. Dificuldade na recepção e compreensão de mensagens escritas ou mensagens em Braille (revistas, livros, jornais e outros), de forma compatível com a faixa etária – d325 (a partir de 7 anos)							
117. Dificuldade na fala (produção de sílabas, palavras, frases ou mensagens compreensíveis), de forma compatível com a faixa etária – d330 (a partir de 1 ano)							
118. Dificuldade na produção de mensagens não verbais (usar gestos, símbolos ou desenhos para se comunicar), de forma compatível com a faixa etária – d335 (a partir de 1 ano)							
119. Dificuldade na produção de mensagens na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), de forma compatível com a faixa etária – d340 (a partir de 7 anos) *							
120. Dificuldade na conversação (iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, usando qualquer forma de linguagem), de forma compatível com a faixa etária – d350 (a partir de 3 anos)							
Qualificador do domínio d3							

* Avaliar nas unidades de classificação de nº 115 e 119 o grau de dificuldade para se comunicar utilizando a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. Para uma pessoa sem surdez, que não domina o idioma, a dificuldade é máxima (4), porém não impacta em nada o qualificador final do domínio "Comunicação"; a menos que no seu dia a dia mantenha contato com pessoas com deficiência auditiva, situação que poderá configurar certo grau de dificuldade para comunicação com as mesmas. Pessoa surda, com total domínio de LIBRAS, terá o qualificador zero (nenhuma dificuldade para receber, compreender e produzir mensagens) nas unidades de classificação correspondentes, mas o qualificador final do domínio "COMUNICAÇÃO" jamais poderá ser zero (0), pois a maioria de seus interlocutores na sociedade não se comunica em LIBRAS, configurando uma dificuldade final moderada ou grave, na dependência dos demais fatores envolvidos na comunicação como um todo. Intérprete de LIBRAS terá também o qualificador zero (nenhuma dificuldade para receber, compreender e produzir mensagens) nas unidades de classificação correspondentes, mas o qualificador final de "COMUNICAÇÃO" poderá também ser zero, por não depender exclusivamente da LIBRAS para se comunicar com as demais pessoas.

XXIX – MOBILIDADE – d4: refere-se ao movimento de mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar ou deslocar-se.

Indicadores = limitação no desempenho para se mobilizar ou mobilizar objetos, com ou sem auxílio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
121. Dificuldade para mudar a posição básica do corpo (levantar, ajoelhar, agachar, deitar e/ou rolar), de forma compatível com a faixa etária – d410 (a partir de 6 meses)							
122. Dificuldade para se mover na mesma superfície ou de uma superfície para outra, sem mudar a posição do corpo (ex. de deitado para deitado, de sentado para sentado), de forma compatível com a faixa etária – d420 (a partir de 3 anos)							
123. Dificuldade para manusear, mover, deslocar e/ou carregar brinquedos ou objetos, realizando movimentos finos, de forma compatível com a faixa etária – d430/ d435/ d440/ d445 (a partir de 6 meses)							
124. Dificuldade para andar (mover-se a pé, por curtas ou longas distâncias, sem auxílio de pessoas, equipamentos ou dispositivos), de forma compatível com a faixa etária – d450 (a partir de 2 anos)							
125. Dificuldade para se deslocar utilizando equipamento ou dispositivo específico para facilitar a movimentação (andador, cadeira de rodas, muletas, bengala e outros), de forma compatível com faixa etária – d465 (a partir de 3 anos)							
Qualificador do domínio d4							

XXX - CUIDADO PESSOAL – d5: refere-se ao cuidado pessoal como lavar-se e secar-se, cuidar do próprio corpo e de parte do corpo, vestir-se, comer, beber e cuidar da própria saúde.

Indicadores = limitação no desempenho para cuidar de si próprio, em igualdade de condições com as demais pessoas.

(Qualifique de 0 a 4 cada unidade de classificação abaixo)	0	1	2	3	4	T	P
126. Dificuldade nos cuidados com o próprio corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos e/ou higiene após excreção, com supervisão ou não), de forma compatível com a faixa etária – d510/ d520/ d530 (a partir de 5 anos)							
127. Dificuldade para se vestir (colocar, tirar e escolher roupas e calçados apropriados), de forma compatível com a faixa etária – d540 (a partir de 3 anos)							
128. Dificuldade para coordenar os gestos para comer, beber alimentos e bebidas servidos, sem auxílio, de forma compatível com a faixa etária – d550/ d560 (a partir de 3 anos)							
129. Dificuldade para evitar exposição a riscos ou situações perigosas, incluindo abusos e violência, de forma compatível com a faixa etária – d571 (a partir de 7 anos)							
Qualificador do domínio d5							

☐ Solicitação de Informações ao Médico Assistente - SIMA

☐ Solicitação de Visita Técnica

Atividades e Participação				
d1	d2	d3	d4	d5

Qualificador Parcial de Atividades e Participação				
		Dificuldade		

Causa da Deficiência

☐ Congênita	☐ Complicações no parto	☐ Doença	☐ Dependência química	☐ Violência
☐ Acidente de Trabalho / Doença Ocupacional ou Relacionada ao Trabalho ^(*)				
☐ Acidente de Trânsito	☐ Acidente de outra natureza	☐ Ignorada		
☐ Outra causa.	Especifique: _____			

^(*) Inclusive na condição de aprendiz ou estagiário.

Risco Social

☐ CASO SEJAM OBSERVADOS INDÍCIOS DE RISCO SOCIAL QUE DEMANDEM ACOMPANHAMENTO PRIORITÁRIO (violência física e/ou psicológica; abandono familiar; abusos e/ou exploração sexual; crianças e/ou adolescentes fora da escola; exploração de trabalho infantil; ausência de proteção social, familiar e/ou comunitária, entre outros), ASSINALE E DESCREVA ABAIXO, PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO PELO ASSISTENTE SOCIAL:

Descreva:

Avaliação Médico-pericial

Funções do Corpo							
b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8

Atividades e Participação				
d1	d2	d3	d4	d5

Resultado Parcial	
Funções do Corpo:	☐ = Alteração
Qualificador Parcial de Atividades e Participação:	☐ = Dificuldade

Observações do avaliador(a):

Profissional avaliador(a):

Local e data	Perto Médico	CRM				
<table border="1"> <tr> <td>GEX:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>APS:</td> <td> </td> </tr> </table>			GEX:		APS:	
GEX:						
APS:						

**CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL E MÉDICO-PERICIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
ESPÉCIE 87 – BPC / LOAS – MENOR DE 16 ANOS**

Dados do Avaliado

NIT:		Nome:		CPF:	
NB / Espécie:		Nome da Mãe:		Sexo:	
APS:		Grau de Instrução:		Data Nascimento:	
Data Avaliação Social:		Data Avaliação Médico Pericial:		Idade:	(Meses / Anos)

Avaliação Social e Médico Pericial

Fatores Ambientais								
e1	e2	e3	e4	e5				
Atividades e Participação								
d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9
Funções do Corpo								
b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8	

☐ Resposta afirmativa no quesito sobre Estrutura do Corpo e/ou no quesito sobre Prognóstico Desfavorável.

☐ Resposta afirmativa no quesito sobre possibilidade de resolução das alterações em Funções e/ou Estruturas do Corpo em menos de dois anos.

Resultado Final		
Fatores Ambientais	Atividades e Participação	Funções do Corpo
☐ Barreira	☐ Dificuldade	☐ Alteração

Decisão da Avaliação Social e Médico-pericial

☐ O avaliado preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/1993, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC.

☐ O avaliado não preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/1993, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC.

Profissionais avaliadores

Assistente Social	CRESS	Perito Médico	CRM
GEX: APS:			

LEGISLATION FOR DISABLED PEOPLE IN BRAZIL. FROM HUMAN DIGNITY TO SOCIAL INCLUSION. ADVANCING CAPABILITIES AS AN ETHICAL IMPERATIVE

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha¹, Josierton Cruz Bezerra², Francisco Cortes Fernandes³, Mônica Correia⁴, Rui Nunes⁵.

Abstract The study analyzes the ethical and legal basis of Brazilian legislation for people with disabilities and verifies whether the instruments used therein are in line with national and international law. It also investigates the coherence and cohesion of the law and its ethical norms to build an inclusive and just society. Through an exploratory and integrative review, it analyzed the legal provisions in force in Brazil published on the official websites of the Brazilian federal government and available on the Internet. It was evaluated whether the definition used for persons with disabilities follows the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Also, whether it is necessary to evaluate disabilities and who should perform this task professionally. Thirty-three legal norms were found, among which only three laws and two decrees are in line with the recommendations of the UN Convention. It is necessary to review the existing norms and promote the consolidation of laws, decrees, ordinances and normative instructions regarding the rights of persons with disabilities in a uniform manner, on an adequate technical-scientific basis. This review should be consistent with the provisions of the 1988 Federal Constitution, the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Brazilian Inclusion Law.

Keywords: disabled people; healthcare legislation; disability assessment.

Legislación para los discapacitados en Brasil. De la dignidad humana a la inclusión social. El avance de las capacidades como imperativo ético

Resumen: El estudio analiza el fundamento ético y jurídico de la legislación brasileña para las personas con discapacidad y comprueba si los instrumentos allí utilizados se ajustan al Derecho nacional e internacional. Además, investiga la coherencia y cohesión de la ley y sus normas éticas para construir una sociedad inclusiva y justa. Mediante revisión exploratoria e integrativa, analizó las disposiciones legales vigentes en Brasil publicadas en los sitios web oficiales del gobierno federal brasileño y disponibles en Internet. Se evaluó si la definición utilizada para las personas con discapacidad sigue la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. También, si es necesario evaluar las discapacidades y quién debe realizar esa tarea profesionalmente. Se encontraron 33 normas legales, entre las cuales solo tres leyes y dos decretos se ajustan a las recomendaciones de la Convención de las Naciones Unidas. Es necesario revisar las normas existentes y promover la consolidación de las leyes, decretos, ordenanzas e instrucciones normativas relativas a los derechos de las personas discapacitadas de manera uniforme, sobre una base técnico-científica adecuada. Esta revisión debe ser coherente con las disposiciones de la Constitución Federal de 1988, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley de Inclusión brasileña.

Palabras clave: personas con discapacidad, legislación sanitaria, evaluación de la discapacidad

Legislação para os incapacitados no Brasil. Da dignidade humana à inclusão social. O avanço das capacidades como imperativo ético

Resumo: O estudo analisa o fundamento ético e jurídico da legislação brasileira para as pessoas com incapacidade e comprova se os instrumentos ali utilizados se ajustam ao Direito nacional e internacional. Além disso, investiga a coerência e coesão da lei e suas normas éticas para construir uma sociedade inclusiva e justa. Mediante revisão exploratória e integrativa, analisou as disposições legais vigentes no Brasil publicadas nos sites web oficiais do governo federal brasileiro e disponíveis na Internet. Avaliou-se a definição utilizada para as pessoas com incapacidade segue a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade. Também, se é necessário avaliar as incapacidades e quem deve realizar essa tarefa profissionalmente. Se encontraram 33 normas legais, entre as quais somente três leis e dois decretos se ajustam às recomendações da Convenção das Nações Unidas. É necessário revisar as normas existentes e promover a consolidação das leis, decretos, regulamentos e instruções normativas relativas aos direitos das pessoas incapacitadas de maneira uniforme, sobre uma base técnico-científica adequada. Esta revisão deve ser coerente com as disposições da Constituição Federal de 1988, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade e a Lei de Inclusão brasileira.

Palavras chave: pessoas com incapacidade, legislação sanitária, avaliação da incapacidade

¹ Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal. State Department of Economics of the Federal District, Brasília, Brazil. ORCID: 0000-0002-8773-1345. up201508531@med.up.pt

² National Social Security Institute, Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. ORCID: 0000-0003-0046-967X. josierton@gmail.com

³ Pontifical Catholic University of Goiânia, Goiás, Brazil. ORCID: 0000-0003-2298-8227. fcfster@gmail.com

⁴ Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal. ORCID: 0000-0002-9034-7029. mcorreia@med.up.pt

⁵ Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal. ORCID: 0000-0002-1377-9899. ruinunes@med.up.pt

Introduction

Throughout history, disabled people have been regarded in different ways. From a religious point of view, their condition was considered the result of divine punishment at times. Also, they were regarded as responsible for their disability, and therefore individual adaptations would be needed to diminish their exclusion. It meant that usually, disability was equivalent to social and even familiar exclusion.

The social movements regarding disabled people in the developed world started in the 1970s. A social dimension was introduced, and diversity was added as a component of disability, but without ignoring the need to identify body injuries. A disabled person came to be defined as someone who presented long-term impairments of physical, mental, intellectual, or sensory nature that, in interaction with a variety of barriers, might impede the individual's full and effective participation in society under conditions of equality of opportunity with other people(1). In specific cases, such as deaf people, this global movement led to the idea that deafness is not a disease or even a disability, but a "difference" so that the traditional models of observing disabled people should be deconstructed to be reconstructed in a different, unbiased, and just manner(2).

In Brazil, the constitution of 1988(3) imposed essential safeguards on the principle of equality for disabled people as a corollary of the value of human dignity. The text of the constitution established as a fundamental principle that the Federal government and the State and Federal District governments should legislate concurrently towards the protection and social integration of disabled people.

In 1989, general norms for ensuring full availability of individual and social rights for disabled people (the so-called "people with deficiencies") and their effective social integration were established through law nº 7,853/1989(4). This law considered the fundamental values of equality of treatment and opportunity, social justice, respect for human dignity, well-being and other values indicated in the constitution or justified by the general principles of law. This law aimed to guar-

antee disabled people's full use of fundamental rights. Those rights included education, health-care, employment, leisure, social security, maternity and childhood protection, and other rights stemming from the constitution. Its laws would enable their personal, social, and economic well-being. The Department of Special Education of the Ministry of Education should be restructured to comply with this law's provisions. Besides, the Ministry of Work, the Ministry of Health and the Ministry of Social Security and Assistance should create sectorial coordination bodies concerning disabled people. However, the high-level coordination of issues and government actions and measures relating to disabled people would be the responsibility of the Special Department of Human Rights of the Presidency of the Republic.

To regulate law nº 7,853/1989, decree nº 3,298/1999 was published(5). This legal instrument instituted the national policy for integrating disabled people, which had the following principles:

Development of joint action between the State and civil society to ensure full integration of disabled people within the socioeconomic and cultural context

Establishment of legal and operational mechanisms and instruments for ensuring that disabled people would be able to fully use their fundamental rights that, stemming from the constitution and its laws, would enable their personal, social and economic well-being

Respect for disabled people, who should receive equality of opportunities within society through recognition of their guaranteed rights, without privileges or paternalism

The objectives of this policy were:

Enablement of access to, entry to and presence at all services offered to the community for disabled people;

Integration of the actions of public and private bodies and entities in the fields of healthcare, education, work, transportation, social assistance, construction, social security, housing, culture,

sports and leisure, with the aim of prevention of deficiencies, elimination of their multiple causes and enablement of social inclusion;

Development of sectorial programs destined for meeting the unique needs of disabled people;

Training of human resources for attending to disabled people; and

To ensure the effectiveness of preventive programs, specialised attendance and social inclusion.

Since the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities came into force in May 2008(6), new norms aimed at ensuring full and effective participation and inclusion of disabled people in society - without discrimination of any nature and equality of opportunities - were issued in Brazil. Law nº 13,146(7), of July 6, 2015, known as the Disabled People's Statute, sought inclusion of disabled people. It brought in modern concepts and established that when disability assessments were needed, they would be biopsychosocial and conducted by a multi-professional interdisciplinary team. Such reviews would consider the following: a) impediments to body functioning and structures; b) socio-environmental, psychological, and personal factors; c) limitations on performing activities; and d) restrictions on participation.

This study aimed to analyse the ethical and legal foundation of the Brazilian legislation for disabled people. Also, ascertain whether instruments in use are compliant with international and national law, and research the coherence and cohesion of the law and its ethical standards to construct an inclusive and fair society. Therefore, an exploration of specific legislation regarding disabled people in Brazil was conducted. The hierarchy of norms and its amenability with the provisions of the United Nations Convention were analysed. Moreover, contradictions between the legal statutes were verified, and the regulation of disabled people's rights was examined.

Material and method

The methodology used was one of exploratory

and integrative review. An examination of legal statutes relating to disabled people's rights was conducted using the official Brazilian Federal government's internet websites (www.planalto.gov.br, www.in.gov.br, www.normas.receita.fazenda.gov.br, www.receita.economia.gov.br, www.bvs.ms.saude.gov.br and www.sit.trabalho.gov.br).

This methodology was adopted because of the lack of search filters for this type of investigation. The analysis consisted of identifying the content of statutes and assessing whether they fit the objective of this study. After selecting, the material was grouped following: a) the definition of disability and disabled people; b) the specific criteria defined for assessing disability (International Classification of Functionality, ICF; or International Classification of Diseases, ICD); c) disability assessments regarding their biomedical or biopsychosocial nature; d) whether assessments were performed exclusively by doctors or multi-professional; and e) the management body responsible for disabilities' assessment.

Results and Discussion

Table 1 summarises the legislation, and Table 2 illustrates the norms that fit within one or more of the criteria used in this research methodology. It was found that among the examples selected, particularly those that made provisions regarding certain benefits, did not incorporate criteria for defining disabled people and did not present any assessment parameters in the legal text.

Law nº 7,070/1982(8) authorised the executive power to grant a lifelong non-transferable special monthly pension to individuals with the physical disability known as thalidomide syndrome who applied for this. The amount of the special allowance would be calculated as a function of a score that indicated the nature and degree of the dependence resulting from these individuals' physical deformity. Regarding the nature of the dependency, this would include their incapacity to work, mobility, execute personal hygiene, and feed themselves. A score of one or two points would be attributed, respectively, according to whether the dependence was partial or total. Recognition that the benefit dealt with in this law should be granted would depend only on present-

ing a medical certificate proving the conditions needed to fit within the terms. An official medical board would adjudicate the case constituted for this purpose by the National Institute for Social Security.

Law nº 7,713/1988(11) determined that the following would be exempt from income tax: earnings from retirement pensions or military retirement pensions that were awarded because of work-related accidents; and those awarded due to occupational diseases, active tuberculosis, mental alienation, multiple sclerosis, malignant neoplasia, blindness, leprosy, irreversible and incapacitating paralysis, severe cardiopathy, Parkinson's disease, ankylosing spondylarthrosis, severe nephropathy, severe hepatopathy, advanced stages of Paget's disease (deforming osteitis), radiation contamination and acquired immunodeficiency syndrome. These determinations would be based on conclusions from specialised medicine, even if the disease onset occurred after the retirement date.

Law nº 8,112/1990(12) determined that disabled people would be guaranteed the right to enrol in public employment competitions for positions compatible with their disabilities. For such individuals, up to 20% of the vacancies offered through the competition would be reserved. Reservation of job positions is also regulated through decree nº 3,298/99(5), which makes provisions regarding the national policy for integrating disabled people. These decrees defined *disability* as all losses or abnormalities of structures or psychological, physiological, or anatomical functions that lead to incapacity to perform an activity within the standards considered normal for humans. In addition, five categories were created, with the following clinical criteria: a) physical impairment; b) hearing impairment; c) visual impairment; d) mental impairment; and e) multiple impairments. Decree nº 9,508/18(13) provided for reservation of at least 5% of the vacancies for public employment positions through public competitions and selective processes within the direct and indirect Federal public administration sphere for disabled people. The disability declared by the candidate would be certified by a multi-professional team formed by three professionals with capacitation in the field of the disabilities that the candidate

presented, among whom one should be a doctor, and by three professionals working within the career for which the candidate has applied.

Law nº 8,213/1991(14) determined that companies with 100 or more employees had an obligation to fill 2% to 5% of their positions with suitably skilled disabled people or beneficiaries of rehabilitation. Law nº 12,764/2012(15) instituted the national policy for protecting the rights of people with autistic spectrum disorder and defined the clinical criteria for this condition. These individuals would be considered disabled for all legal purposes. Normative instruction SIT/MTE nº 98/2012(16) made provisions regarding the procedures for inspecting employers' compliance with the norms for inclusion within the employment of disabled people and beneficiaries of rehabilitation through social security. In this norm, the basis for characterisation of individuals' conditions was decree nº 3,298/99(5).

Law nº 8,383/1991(17) determined that financial operations regarding acquiring passenger vehicles for disabled people would be exempted from the tax financial operations (IOF). The vehicle licensing authority (DETRAN) of their state's permanent residency, through specific medical certification, should attest to the disability. The cars should be manufactured in Brazil (up to a crude power level of 127 horsepower as classified normatively by the Society of Automotive Engineers), or hybrid and electric.

Law nº 8,989/1995(18) (as altered through law nº 10,690/03(19)) determined that purchases of passenger cars manufactured in Brazil would be exempted from the tax on industrialised products (IPI). These vehicles should be acquired by individuals with physical, visual, severe, or profound mental disabilities, or by autistic individuals, either directly or through the intermediary of their legal representative.

The benefit established in article 1 of the above-mentioned law requires individuals to be physically disabled, presenting complete or partial alteration of one or more body segments that entailed physical function impairment, specifically: paraplegia, paraparesis, monoplegia, monoparesis, tetraplegia, tetraparesis, triplegia, triparesis,

hemiplegia, hemiparesis, amputation, or absence of a limb, cerebral palsy or limbs with congenital or acquired deformity, except for esthetic deformities and those that did not produce difficulties for physical functions. Applications for this benefit would need to be submitted under normative instruction RFB nº 1,769/2017(20), which regulated exemptions from IPI relating to the acquisition of vehicles by disabled people. A digitised copy of the assessment report issued by a public healthcare service provider, or by a private healthcare service provider within the public system, by DETRAN or by a not-for-profit autonomous social service would need to be submitted through the Federal tax department's electronic system for conceding exemption from IPI/IOE. Interministerial Ordinance SEDH/MS nº 2/2003(21) defines the criteria for issuing assessment reports on disabled individuals to obtain an exemption from IPI. It stated that a doctor and psychologist would jointly attest to a condition of profound or severe mental disability or autism by filling out specific forms supplied by the Federal tax department or by bodies or institutions that the tax department defined. Reports relating to mental disability would need to meet the International Classification of Diseases (ICD-10). Only the profound or severe levels of mental disability were to be considered. For autism, diagnostic criteria based on ICD-10 and DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) need to be used.

Law nº 10,048/2000(22) determined that disabled people, older adults aged 60 years or over, pregnant women, breastfeeding women, people carrying young children and obese individuals would be given priority attendance, following the text of law nº 13,146/2015(7).

Law nº 10,050/2000(23) determined that the pension benefit provided for in the civil procedure code would be extended to a child whose disability made work impossible in the absence of a father or mother. Law nº 13,183/2015(24) determined that the right to a pension due to the death of an insured person would cease for that person's child, partner, or sibling upon reaching 21 years of age, except in the case of invalidity or severe disability or mental or intellectual deficiency. Law nº 13,135/2015(25) established that

medical experts for social security and, as substitutes, medical expert supervisors within the National Institute for Social Security and the Ministry of Social Security would be responsible for performing the medical expert activities inherent to the general regime for social security. They would have the task of characterising disability for social security benefits and assistance.

Law nº 11,692/2008(26) enabled disabled young adults to participate effectively in *Projovem*, the national program for the inclusion of young adults. This program was aimed at young adults aged 15 to 29 years and meant to promote their reintegration into the educational process to obtain professional qualifications and human development. It was developed in the following forms: *Projovem* socio-educational service for adolescents; *Projovem* for urban areas; *Projovem* rural knowledge of the earth; and *Projovem* for workers.

Law nº 12,711/2012(27) determined that in all Federal institutions of higher education, vacancies would be filled proportionally to the total number of vacancies per course and per year-group, by people of self-declared black, brown, and indigenous ethnicity and by disabled people, under the terms of the legislation. At a minimum, these ratios would be equal to the respective proportions of black, brown, indigenous, and disabled people in the population of the Federal State (and the Federal District) where the institute was located, as detailed in the latest census conducted by the Brazilian Foundation and Institute for Geography and Statistics (IBGE). Decree nº 7,824/2012(28) regulated this law and stated that the form of proof would be supplied under the terms of the legislation in force.

Law nº 12,587/2012(29) instituted the national policy guidelines for urban mobility, in which 10% of parking places were bestowed on disabled drivers, who were included through law nº 13,146/15(7).

Law nº 12,933/2013(30) determined a benefit of half-price tickets for entry to cinemas, cine-clubs, theatres, musical shows, circuses, educational events, sports events and leisure and entertainment events throughout Brazil, for disabled people.

ple and an accompanying person when necessary. The latter will have an identical benefit if the situation of accompaniment is proven. Decree nº 8,537/2015(31) regulated Law nº 12,933/2013 and confirmed the right to half-price entry to the events listed for disabled people, in consonance with the Brazilian law of inclusion.

Complementary law nº 142/2013(32) ensured that a retirement pension would be granted through the general regime for social security to insured individuals with disabilities, under the following conditions: a) after 25 years of contributions for men and 20 years for women, in the case of insured individuals with severe disabilities; b) after 29 years of contributions for men and 24 years for women, in the case of insured individuals with moderate disabilities; c) after 33 years of contributions for men and 28 years for women, in the case of insured individuals with mild disabilities; or d) at 60 years of age for men and 55 years of age for women, independent of the degree of disability, provided that a minimum of 15 years of contributions had been made and that the existence of disability for the same period was proven. The assessment would be medical and functional, and the regulations of the executive power would define severe, moderate, and mild disabilities for this complementary law. Decree nº 3,048/1999(33) stated that the National Institute for Social Security (INSS) responsibilities were fulfilled provided it had access to insured individual's information regarding the number of registered mild, moderate or severe disabilities; and biopsychosocial evaluations were conducted by an interdisciplinary multi-professional team (text given through decree nº 10,410/20 (34)) to recognise and maintain rights.

Decree nº 8,145/2013(35) established that retirement pensions to disabled people under the terms of joint memoranda of the Chief Minister of the Department of Human Rights of the Presidency of the Republic, the Ministries of Social Security, Finance and Planning, Budget and Administration, and the Federal Attorney-General, the expert from the INSS would have the following responsibilities: a) to assess the insured individual and establish a probable date for onset of the disability and its degree; b) to identify occurrences of changes to the degree of disability and indicate

the respective periods during which each degree was present. Proof of disability before the date on which complementary law nº 142, of May 8, 2013, came into force and was governed by documents that supported the medical and functional assessments. Proof submitted solely as witness statements would be prohibited. Furthermore, assessments on disabled people would be performed to prove this condition solely for social security purposes.

Law nº 8,899/1994(36): This instituted the concession of free public transport passes for disabled people who were proven to need this. Decree nº 3,691/2000(37) regulated this law. It determined that companies with permits and authorisations for the provision of interstate passenger transportation would reserve two seats in conventional services for occupation by disabled people and other matters foreseen in this law. Ordinance nº 502/2009(38) instituted certification through multi-professional teams for identifying disabled people within the public healthcare system, intending to grant free passes. Ordinance GM nº 410/2014(39) ensured that, within the interstate public system for rail, road, and water-borne transportation, a person accompanying the beneficiary of the free pass program would receive the same benefit, under the following conditions: a) proof of the accompanying person's financial insufficiency, under the terms of Interministerial Ordinance nº 3, of April 10, 2001, and Ordinance nº 261, of December 3, 2012; b) proof, through a medical report, of the indispensability of the accompanying person's presence for the beneficiary's movement. Decree nº 3,047/2016(40) established the concession of free passes for people with hearing deficiencies that were proven to be partial or total bilaterally, of 41 dB or more, measured on an audiogram, regarding the mean from frequencies of 500 Hz, 1,000 Hz, 2,000 Hz and 3,000 Hz.

Thirty-three legal norms were found, among which only three laws and two decrees were in line with the recommendations in the Convention on disabled people's rights. Table 1 below emphasises the legislation.

Law nº 7,070/1982(8) granted special pensions to people with thalidomide syndrome. The ben-

eficiaries would present a medical certificate to attest to the dependence resulting from physical deformity (work and mobility incapacity), personal hygiene, and feeding autonomy. The insured person would go through a medical expert assessment at the INSS, but no biopsychosocial evaluation would be necessary despite all the social repercussions.

Complementary law nº 142/13(32), which dealt with retirement pensions for disabled people insured through the general regime for social security, was hierarchically higher than ordinary laws, decrees, and ordinances. Its text brought in the modern concept of disabled people and established that assessments of disabilities should be medical and functional (ICD/ICF). Experts from the INSS would certify the degree of disability. However, it was observed that decree nº 3,048/99(33), which made provisions regarding social security regulations, came to determine through the modification imposed by decree nº 10,410/20(34) that the assessment of the disability would be biopsychosocial and multi-professional, thus differing from what was recommended through the above complementary law. In turn, decree nº 8,145/13(35) also adopted the current concept of disability, with medical and functional assessments of disability made by experts from the INSS. In this regard, the norms contradicted each other. They did not follow Hans Kelsen's pyramid hierarchy, i.e., the pure law theory, since the decrees differed from the complementary law.

Law nº 8,899/94(36), which ensured the right to free transportation passes for disabled people who were proven to need this, did not establish any need to evaluate the disability or any criteria for characterising disabled people. Nonetheless, decree nº 3,691/00(37), which regulated this law, referred to decree nº 10,048/2000(22), as altered through law nº 13,146/2015(7), which made provisions regarding the disabled people's statute. Furthermore, concerning free passes, ordinance MS nº 502/09(38) instituted certification by multi-professional teams for identifying disabled people, done through the public healthcare system, with medical and functional assessments. Likewise, the basis of ordinance GM nº 410/14(39) and decree nº 3,047/16(40) con-

sisted of medical and functional assessments, as contained in decree nº 3,298/99(5).

The percentage of parking places for urban mobility was ensured for disabled people under law nº 13,146/2015(7). The benefit of half-price tickets for entry to cinemas, cine-clubs, theatres, musical shows, circuses and educational, sports and leisure events was envisaged through decree nº 8,537/2015(31).

The present study sought to analyse the Brazilian legislation for people with disabilities and verify whether the instruments used to meet what the legislation recommends and investigate the coherence and cohesion of the laws in question. It was observed the inexistence, in the law, of an instrument for the evaluation of disability.

The Convention on the Rights of Persons with Disabilities(6), which came into force on May 3 2008, has as its principles respect for independence, freedom to make one's own choices; non-discrimination; full and effective participation in society; respect for difference; equality of opportunity; accessibility; equality between men and women; and respect for the developmental capacity of children with disabilities.

According to John Rawls, they are born into some particular conditions within society. These are simply natural facts. What is just or unjust is how social institutions deal with these facts(41).

In the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Rawls's theory portrays principles that make society more just for Persons with Disabilities. However, we acknowledged in the legislation studied an incongruence between the legal texts, the principles governing the Convention, and the absence of standardisation in the criteria for evaluating disability.

The legislation affronts the bioethical principles of beneficence (to do good) and the principle of justice (as the equity that guarantees to give to each person according to their needs) by not establishing uniform criteria to prevent individuals who present deformities without functional repercussion to benefit from rights guaranteed to PWD that present functional deficit and, there-

fore, disadvantages concerning the so-called ordinary people.

Conclusion

The comprehensive analysis concluded that the existing legal instruments differ regarding the guarantees for the various benefits for disabled people, with multiple concepts, parameters, and models for assessments.

Given the legal instruments' diversity regarding different rights, and the difficulty in accessing the information relating to these rights and their respective norms, there is a need to publish a document containing all the legislation on this topic. This solution will facilitate search, access and enable better-organised assessments. It will also promote proper understanding among other professionals and the public regarding this topic.

The existence of various rights and benefits for disabled people leads to a need to revise, redraft and consolidate laws, decrees, ordinances, and normative instructions regarding disabled people's rights uniformly. This task needs a reasonable technical-scientific basis that is coherent with the provisions of the 1988 Brazilian Federal Constitution, the International Convention on Disabled People's Rights and the Brazilian Law of Inclusion.

Table 1.

Law/Decree	Law/Decree Definition of PWD following Convention on the Rights of the PWD	Disability evaluation (ICF/CID)	Biopsychosocial evaluation	Medical evaluation/MP*	Responsible government body
Law 7070/82	no	CID	no	medical	INSS
Law 7713/88	no	CID	no	medical	SUS
Law 8383/91	no	CID	no	medical	DETRAN
Law 8989/95	no	CID	no	medical	DETRAN
Law 8112/90 Dec 3298/99	no	CID	no	medical	NE**
Dec 9508/18	yes	CIF/CID	yes	MP	NE
LC142/13	yes	CIF/CID	-	medical	INSS
Dec 10410/20	yes	CIF/CID	yes	MP	INSS
Dec 8145/13	yes	CIF/CID	yes	medical	INSS
Dec 8537/15	yes	CIF/CID	yes	MP	SUS

* Multiprofessional.

** Not specified. Depends on the institution responsible for the selection process.

Table 2.

The legal text uses the current definitions of disability and disabled people	Complementary law nº 142/2013	Retirement pensions for disabled people insured through the general regime for social security
	Law nº 13,146/2015	Brazilian law of inclusion
	Law nº 10,048/2000	Gives priority for attendance
	Decree nº 8,537/2015	Makes provisions regarding the benefit of half-price tickets for entry to artistic, cultural and sports events
The legal text uses the ICD/ICF criteria for evaluating disability	Complementary law nº 142/2013	Retirement pensions for disabled people insured through the general regime for social security
	Law nº 13,146/2015	Brazilian law of inclusion
	Decree nº 9,508/2018	Percentage of public jobs and positions
	Law nº 12,764/2012	Protection for the rights of people with autistic spectrum disorder
The legal text states that the assessment should be biopsychosocial	Ordinance nº IM SEDH/MS 2/2003	Exemption from IPI for individuals with profound or severe mental deficiency or autism
	Law nº 13,146/2015	Brazilian law of inclusion
	Decree nº 9,508/2018	Percentage of public jobs and positions
	Decree nº 10,410/2020	Alters social security regulations
The legal text states that the assessment should be multi-professional	Law nº 13,146/2015	Brazilian law of inclusion
	Decree nº 9,508/2018	Percentage of public jobs and positions
	Ordinance nº IM SEDH/MS 2/2003	Exemption from IPI for individuals with profound or severe mental deficiency or autism
	Complementary law nº 142/2013 - INSS	Retirement pensions for disabled people insured through the general regime for social security
Legal text states which body should be responsible for assessing disabled people	Law nº 13,146/2015 - INSS	Brazilian law of inclusion

References

1. das Mercês Rocha RN, Fernandes FC, da Cruz Bezerra J, Nunes R. Comparative Study on Evaluations Conducted by Medical Doctors and Social Workers in which the Adapted Brazilian Functionality Index for Granting Retirement to Persons with Disability Was Applied. *International Archives of Medicine* 2019; 12.
2. Nunes R. Deafness, Genetics and Dysgenics. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2006 2006/03/01; 9(1): 25-31.
3. Brasil. *Constituição Federativa do Brasil de 1988*. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
4. Brasil. *Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989*. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadora Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm.
5. Brasil. *Decreto nº 3.298, de 28 de dezembro de 1999*. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.
6. Crosara de Resende AP, de Paiva Vital FM. (Coords.) *A Convenção sobre Direitos das pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2008: 164.
7. Brasil. *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.
8. Brasil. *Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982*. Dispõe sobre pensão especial para os deficientes físicos que especifica e dá outras providências. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7070.htm.
9. Brasil. *Lei nº 8.686, de 20 de julho de 1993*. Dispõe sobre o reajustamento da pensão especial aos deficientes físicos portadores da Síndrome de Talidomida, instituída pela Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989-1994/l8686.htm.
10. Brasil. *Lei nº 12.190, de 13 de janeiro de 2010*. Concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida, altera a Lei no 7.070, de 20 de dezembro de 1982. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12190.htm.
11. Brasil. *Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988*. Altera a legislação do imposto de renda. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm.
12. Brasil. *Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm.
13. Brasil. *Decreto nº 9.508, de 24 de setembro de 2018*. Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9508.htm.
14. Brasil. *Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991*. Dispõe sobre Planos de Benefícios da Previdência Social. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm.
15. Brasil. *Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012*. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm.
16. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. *Instrução Normativa nº 98, de 15 de agosto de 2012*. Dispõe sobre procedimentos de fiscalização do cumprimento, por parte dos empregadores, das normas destinadas à inclusão no trabalho das pessoas com deficiência e beneficiários da Previdência Social reabilitados. Available at: https://sit.trabalho.gov.br/portal/images/SST/SST_legislacao/SST_portarias_2012/Instrucao_Normativa_98_Fiscalizacao_Deficientes.pdf.
17. Brasil. *Lei nº 8.383, de 30 de dezembro de 1991*. Institui a Unidade Fiscal de Referência, altera a legislação do imposto de renda. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8383.htm.
18. Brasil. *Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995*. Dispõe sobre a Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8989.htm.
19. Brasil. *Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003*. Recre o prazo para que os Municípios que refinanciaram suas dívidas junto à união possam contratar empréstimos ou financiamentos, dá nova redação à Lei nº 8989, de 24 de fevereiro de 1995. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10690.htm.
20. Brasil. *Instrução Normativa RFB nº 1.769, de 18 de dezembro de 2017*. Disciplina a aplicação da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou relativas a Títulos e Valores Mobiliários (IOF), na aquisição de veículos por pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou

- profunda, ou autistas. Available at: <http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?visao=anotado&idAto=88750>.
21. *Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2 de 21 de novembro de 2003*. Define critérios e requisitos para emissão de laudos de avaliação de Pessoas Portadoras de Deficiência Mental Severa ou Profunda, ou autistas, com a finalidade da obtenção da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), na Aquisição de Automóveis para Utilização no Transporte Autônomo de Passageiros, diretamente ou por intermédio de seu representante legal. Available at: <http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/documentos/portaria-sedh-ms-2-2003.pdf/view>.
 22. Brasil. *Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000*. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm.
 23. Brasil. *Lei nº 10.050, de 14 de novembro de 2000*. Altera o art.º 1.611 da Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916 – Código Civil, estendendo o benefício do § 2º ao filho necessitado portador de deficiência. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10050.htm.
 24. Brasil. *Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015*. Altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural e, ainda essa última, para atualizar o rol de dependentes, estabelecer regra de não incidência do fator previdenciário, regras de pensão por morte e de empréstimo consignado, a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003, para assegurar pagamento do seguro-defeso para familiar que exerça atividade de apoio à pesca, a Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012, para estabelecer regra de inscrição no regime de previdência complementar dos servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, para dispor sobre o pagamento de empréstimos realizados por participantes e assistidos com entidades fechadas e abertas de previdência complementar e a Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13183.htm.
 25. Brasil. *Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015*. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13135.htm.
 26. Brasil. *Lei nº 11.692, de 10 de junho de 2008*. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Projovem, instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005; altera a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004; revoga dispositivos das Leis nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, 10.748, de 22 de outubro de 2003, 10.940, de 27 de agosto de 2004, 11.129, de 30 de junho de 2005, e 11.180, de 23 de setembro de 2005. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11692.htm.
 27. Brasil. *Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm.
 28. Brasil. *Decreto nº 7.824, de 11 de outubro de 2012*. Regulamenta a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, que dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7824.htm.
 29. Brasil. *Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012*. Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana; revoga dispositivos dos Decretos-Leis nº 3.326, de 3 de junho de 1941, e 5.405, de 13 de abril de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e das Leis nº 5.917, de 10 de setembro de 1973, e 6.261, de 14 de novembro de 1975. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12587.htm.
 30. Brasil. *Lei nº 12.933, de 26 de dezembro de 2013*. Dispõe sobre o benefício do pagamento de meia-entrada para estudantes, idosos, pessoas com deficiência e jovens de 15 a 29 anos comprovadamente carentes em espetáculos artístico-culturais e esportivos, e revoga a Medida Provisória nº 2.208, de 17 de agosto de 2001. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12933.htm.
 31. Brasil. *Decreto nº 8.537, de 5 de outubro de 2015*. Regulamenta a Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013, e a Lei nº 12.933, de 26 de dezembro de 2013, para dispor sobre o benefício da meia-entrada para acesso a eventos artístico-culturais e esportivos e para estabelecer os procedimentos e os critérios para a reserva de vagas a jovens de baixa renda nos veículos do sistema de transporte coletivo interestadual. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/D8537.htm.
 32. Brasil. *Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013*. Regulamenta o § 1º do art.º 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp142.htm.
 33. Brasil. *Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999*. Aprova o Regulamento da Previdência Social. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.
 34. Brasil. *Decreto nº 10.410, de 30 de junho de 2020*. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10410.htm.

35. Brasil. *Decreto nº 8.145, de 3 de dezembro de 2013*. Altera o Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8145.htm.
36. Brasil. *Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994*. Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18899.htm.
37. Brasil. *Decreto nº 3.691, de 19 de dezembro de 2000*. Regulamenta a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994, que dispõe sobre o transporte de pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3691.htm.
38. Brasil. *Portaria nº 502, de 28 de dezembro de 2009*. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0502_28_12_2009.html.
39. Brasil. *Portaria GM nº 410, de 27 de novembro de 2014*. Dá cumprimento ao Acórdão proferido na Ação Civil Pública nº 0052380- 68.2010.4.01.3400/DF, pela 5ª Turma do Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Available at: <http://www2.transportes.gov.br/BaseJuridica/Detail.asp?Codigo=15030>.
40. Brasil. *Portaria nº 3.407, de 2 de dezembro de 2016*. Estabelece orientação quanto ao conceito de deficiência auditiva para fins de concessão do benefício do Passe Livre. Available at: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24642484/do1-2016-12-05-portaria-n-3-407-de-2-de-dezembro-de-2016-24642408.
41. Rawls J. *Uma Teoria da Justiça*. Tradução: Jussara Simões. Revisão técnica e da tradução: Alvaro de Vita. 4.ª Rev. ed. São Paulo: Martins Fontes – Selo Martins (Coleção Justiça e Direito); 2016.

Received: July 19, 2021

Accepted: September 27, 2021

Anexo VII – Carta de Aceite de publicação

De: Alvaro Jose Quezada Sepúlveda <alquezad@uchile.cl>
Enviada: 8 de janeiro de 2022 15:22
Para: Mónica Correia <mcorreia@med.up.pt>
Cc: Rui Nunes <ruinunes@med.up.pt>; ROSYLANE MERCÊS ROCHA <rosylanerocha@yahoo.com.br>; Fernando Lolas Stepke <flolas@uchile.cl>
Assunto: RE: [AB] Submission Acknowledgement

Dear Dr.

After reviewing the article "Brazilian law of inclusion: an applied analysis of the correlation of bioethical principles", evaluators have found it suitable for publication in Acta Bioethica.

Please, do proceed with the payment of the publication fee at your earliest convenience in order to include the article in one of the coming issues of the journal.

Indicate when the remittance is complete

Money transfer to PAHO/WHO Federal Credit Union
ABA # 254075072
Account # 2263373 (Fernando Lolas-Stepke) (from a US Bank)
Av Ricardo Lyon 880 - Dept. 1104
751-0353 Providencia - Santiago
CHILE

Deutsche Bank
IBAN: DE82672700240033160300
BIC: DEUTDEDB672
Account: 0331603 00
Name: Victor F. Lolas Stepke
Financial institution number: 67270024

Álvaro Quezada S.
Profesor de filosofía y editor
alquezad@uchile.cl
alvaroque@gmail.com
97792 1570
[Acta Bioethica](#)
[Anales del Instituto de Chile](#)
[Cuadernos de Beauchef](#)

Anexo VIII – Artigo Aceito para publicação

Brazilian Law of Inclusion: an Applied Analysis of the Correlation of Bioethical Principles

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha¹, Josierton Cruz Bezerra², Francisco Cortes Fernandes³, Mônica Correia⁴, Rui Nunes⁵

1. Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal; State Department of Economics of the Federal District, Brasília, Brazil. up201508531@med.up.pt +55 (61) 98151-9663
2. National Social Security Institute, Natal, Rio Grande do Norte, Brazil josierton@gmail.com +55 (84) 99119-2030
3. Pontifical Catholic University of Goiânia, Goiás, Brazil. fcfster@gmail.com +55 (11) 97300-0906
4. Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal. mcorreia@med.up.pt +351 934 280 588
5. Faculty of Medicine of the University of Porto, Portugal. ruinunes@med.up.pt +351 937 390 086

Abstract:

Objective: The present study aims to analyse whether bioethical principles are present in the Brazilian Law of Inclusion of the Disabled Person.

Methods: The study is based on a textual analysis of Law No. 13.146, of July 6, 2015 (Brazilian Law of Inclusion) using a content analysis technique regarding the bioethical principles of beneficence, nonmaleficence, justice and autonomy. A qualitative analysis was conducted based on the concepts of these bioethical principles and their expression in the articles laid down in the Statute of the Disabled Person.

Results: The obtained results demonstrate that the primary articles of the Brazilian Law of Inclusion correlate with the aforementioned bioethical principles according to the conceptualisation of each principle.

Conclusion: The articles of the Brazilian Law of Inclusion, published on July 6, 2015, under the provisions of the Federal Constitution of 1988 and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, demonstrate a correlation with the stated bioethical principles.

Keywords: disability, Brazilian Law of Inclusion, bioethics, bioethical principles.

Introduction

When reading the World Report on Disability (1), Stephen Hawking expressed the following in its preface: “I find much of relevance to my own experience. I have benefitted from access to first-class medical care. I rely on a team of personal assistants who make it possible for me to live and work in comfort and dignity. My house and my workplace have been made accessible for me. Computer experts have supported me with an assisted communication system and a speech synthesiser, which allow me to compose lectures and papers and communicate with different audiences. But I know I am fortunate in many ways. My success in theoretical physics has ensured that I am supported to live a worthwhile life. It is obvious that the majority of people with disabilities in the world have a tough time with everyday survival, let alone productive employment and personal fulfilment.”

Hawking went even further, pointing out that we have a moral obligation to remove barriers to participation and invest sufficient financial resources and knowledge into unlocking the vast potential of people with disabilities. Moreover, leaders worldwide must no longer neglect the hundreds of millions of people with disabilities whose access to health, rehabilitation, support, education and employment have been denied and who have never been allowed to shine (1).

Brazil’s Federal Constitution of 1988 determined that everyone is equal before the Law, without distinction of any nature, guaranteeing the inviolability of the right to life, freedom, equality, security and property. Its constitutional text provides guarantees for disabled people, particularly Articles 7, 23, 24, 37, 40, 201, 203, 208 and 227, which establish rights to non-discrimination, health, complete social protection, work, retirement, welfare benefits, habilitation and rehabilitation, education and accessibility(2).

Evoking the Convention on the Rights of Persons with Disabilities¹, we recall the principles enshrined in the Charter of the United Nations, which recognises the inherent dignity and value and equal and inalienable rights of all as the foundations of freedom, justice and peace in the world; this includes the need to guarantee such rights to people with disabilities, without discrimination and with equal opportunities. General principles of the Convention are respect for inherent dignity, individual autonomy (including the freedom to make one’s own choices and personal independence), non-discrimination, total and effective participation and inclusion in society, respect for individual differences and the acceptance of people with disabilities as part of human diversity and humanity, equal opportunities and accessibility.

Disability is an evolving concept resulting from the interaction between the disabled person and the barriers erected by attitudes and the environment that prevent that person’s full and effective participation in society with equal opportunities (3). When assessing the disabled person, it is essential

(¹) UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. [Internet]. Available at: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html#Fulltext>

to understand that person within their social context without overlooking the functional deficit linked to their disability.

Brazilian legislation underwent years of evolution, from 2000 to 2015, before the Brazilian Law of Inclusion (BLI) was instituted under number 13.146 of July 6, 2015. The BLI originated as a “Special Needs Bearer Statute” in 2003, then as a “Statute of the Disabled Person”, and finally as Draft Law no. 7.699/2006. The BLI aims to ensure and promote, on equal terms, the exercise of fundamental rights and freedoms by persons with disabilities, with a view on their social inclusion and citizenship (4). There are also different existing regulations for granting benefits in Brazil. However, some allow broader interpretations to benefit those with mild deformities without significant impairment of functionality ahead of others with severe limitations (5).

The BLI addresses impairments in body functions and structures, socio-environmental, psychological and personal factors, limitations in performing activities, restriction of participation, equality between men and women, respect for the development of the capacities of disabled children and the right of disabled children to preserve their identity.

On a formal principle of justice, in his work *Ethics to Nicomaco*, Book V, Aristotle (384-322 BC) argued that equal individuals should be treated equally, and unequal individuals should be treated unequally, following their inequality (6).

In seeking integration into the labour market or higher education, for example, the disabled person requires access to that which they are legally guaranteed, thus evoking the bioethical principles of justice and equity, as Aristotle exhorted.

Before the oncologist Van Rensselaer Potter even published his book on bioethics, *Bridge to the future*, Fritz Jahr, a Protestant pastor and ethics specialist, carried out studies on bioethics from 1927 to 1934, providing four lines of argument: (1) bioethics is a new and necessary academic discipline; (2) bioethics is a necessary moral attitude, conviction and mode of conduct; (3) bioethics recognises and respects all life and living interactions in nature and culture; e (4) bioethics has legitimate obligations in professional environments, in the public sphere and education, consultancy, public morality and culture (7).

The principles of bioethics were proposed in the Belmont Report (1978) to guide human subject research, and Beauchamp and Childress published *Principles of Biomedical Ethics* in 1979 to extend the application of these principles to medical practice (8).

According to Beauchamp and Childress, the principles of biomedical ethics—autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice—reflect the characteristic secularisation of the West. They comprise societies that confer some equidistance between individual self-determination and other human values, such as social responsibility or human solidarity (9). Suppose we characterise a disabled person according to public tender quotas; for example, the principles of beneficence and justice are met when an expert doctor assesses to describe the disability and its legal framing, which will give the

candidate access to the rights due to him, in this case, assuming the office to which they were appointed (10).

Beneficence: benefiting the patient and society, doing good, is the primary purpose of these professions. It recognises the patient's dignity in all its dimensions: physical, psychological, social and spiritual.

Nonmaleficence: no harm and, in effect, do what is good.

Autonomy: capacity for self-determination, to exercise one's own will, to make independent choices free from the influence of other people. To exercise autonomy, two institutions are indispensable: freedom and information.

Justice: meaning equity is a concept that ensures that people are given what is due to them according to their needs.

The objective of the present study is to analyse whether bioethical principles are present in the Brazilian Law of Inclusion of the Disabled Person.

Methodology

The study is based on a textual analysis of Law No. 13.146, of July 6, 2015, using a content analysis technique focusing on the bioethical principles of beneficence, nonmaleficence, justice and autonomy. A qualitative analysis was carried out based on the concepts of these bioethical principles and their expression in the articles laid down in the Statute of the Disabled Person.

Discussion and Results

The constitutional guarantees of equal opportunity and non-discrimination are supported by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which recognises the inherent dignity, value, equal and inalienable rights of all as the foundations of freedom, justice and peace in the world; this includes the need to guarantee such rights to people with disabilities, without discrimination and with equal opportunities.

In its primary articles, the BLI brought regulations in line with the text of the constitution and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, making changes to articles from other existing legal devices to avoid contradictions.

Divided into titles, chapters and sections, the legal text addressed: equality and non-discrimination; the right to life, habilitation and rehabilitation, health, education, housing, work, social assistance, social welfare, culture, sport and leisure, transportation and mobility; accessibility; access to information and communication; assistive technology; the right to participate in public and political life; science and technology; access to justice; equal recognition under the Law; crimes and administrative offences; protection, guardianship and supported decision-making. As shall be seen, the articles followed the general principles of the Convention: respect for inherent dignity; individual autonomy

(including the freedom to make one's own choices and personal independence); non-discrimination; full and effective participation and inclusion in society; respect for individual differences and the acceptance of people with disabilities as elements of human diversity and humanity; equal opportunities and accessibility. The corresponding tables demonstrate the applied analysis of the correlation of bioethical principles that was performed.

The articles that guarantee consecrated rights are correlated with the principle of justice. In contrast, affirmative actions benefit the person with the disability relates to beneficence, whereas articles that prevent harm apply to nonmaleficence.

Whenever independence and freedom of choice are articulated, the principle of autonomy applies.

More than one principle could be applied to an article in some instances. However, we attempted to analyse the bioethical principle that was conceptually closer to the objectives of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities from the perspective of the Brazilian constitution.

Avant & Saretz recall that beneficence is the central objective of medicine, originating with Esculapius and Hippocrates and referencing Aristotle's search for a good life and the fundamental teachings of Christianity. The concept of beneficence evokes connotations of charity, mercy, compassion and goodness (11).

Drafting a law to promote the social inclusion of people with disabilities by guaranteeing the exercise of their fundamental rights and freedoms with equal opportunities and without discrimination is, therefore, doing good, for example, protecting the person from acts of neglect and violence and establishing structures and spaces with accessibility, health, education, and employment to exercise their citizenship, as shown in Table 1 fully.

Table 1 – Applied analysis of correlation to the principle of beneficence

BENEFICENCE	
Article	Legal text
Article 1	The Brazilian Law of Inclusion of the Disabled Person (Statute of the Disabled Person) is established to ensure and promote, on equal terms, the exercise of fundamental rights and freedoms by persons with disabilities, with a view to their social inclusion and citizenship.
Article 5	The disabled person shall be protected in all manner from negligence, discrimination, exploitation, violence, torture, cruelty, oppression and inhuman or degrading treatment. Single paragraph. For the protection mentioned in the caption of this Article, children, adolescents, women and older people with disabilities are considered especially vulnerable.
Article 25	Health service spaces, both public and private, must ensure access for the disabled according to current legislation. Barriers must be removed using architectural, interior design and communication projects that meet people with physical, sensory, intellectual and mental disabilities.
Article 31	The person with a disability has the right to a dignified dwelling shared with their natural or surrogate family, with their spouse or partner or as a single person, whether in a housing adapted to the independent life of the person with a disability or in an inclusive residence.

Article 32	In housing programmes, public or subsidised with public resources, the disabled person or the person responsible for them has priority in acquiring property for the person's own home, observing the following: I – a reserve of at least 3% (three per cent) of housing units for people with disabilities; (...)
Article 35	The primary purpose of public work and employment policies is to promote and ensure access and longevity for disabled persons in their field of work.
Article 39	The services, programmes, projects and benefits under the public policy of social assistance to persons with disabilities and their families are aimed at guaranteeing income security, shelter, habilitation and rehabilitation, as well as the development of autonomy and family and community interaction, all to promote access to their rights and full social participation.
Article 40	The disabled person who does not have the means to provide for their livelihood or to have it delivered by their family is assured a monthly benefit of 1 (one) minimum wage, according to Law No. 8.742 of December 7, 1993.
Article 41	The person with an insured disability under the General Social Security System (RGPS) is entitled to retirement under Complementary Law No 142 of May 8, 2013.
Article 43	Public authorities must promote the participation of persons with disabilities in artistic, intellectual, cultural, sporting and recreational activities, with a view to their leadership, and must (...)
Article 44	Accessible spaces and seats will be reserved for the disabled in theatres, cinemas, auditoriums, stadiums, sports gyms, venues for shows, conferences and so on according to the structure's capacity, observing the provisions of the regulation.
Article 45	Hotels, inns, and other such establishments should be constructed to observe universal design principles and adopt all means of accessibility under current legislation.
Article 47	In all areas of parking open to the public, for public or collective private use, and on public roads, parking spaces near pedestrian walkways should be reserved and duly marked for vehicles carrying people with disabilities with impaired mobility, provided that they are appropriately identified.
Article 48	Land, air and water transport vehicles, facilities, stations, ports and terminals operating in Brazil must be accessible to ensure all persons use them.
Article 52	Vehicle rental companies are required to offer one (1) vehicle adapted for use by a disabled person for every twenty (20) cars in their fleet.

According to Aristotle, his follower, the man may possess two distinct provisions for the same definition of justice: legal justice and private justice. Legal justice refers to everything that Law defines, and private justice is related to equality, such that each individual receives what they are due. According to the “Aristotelian notion of corrective justice, this is a translation of equity, which rectifies failures that generate injustices to meet each one's needs (12).

Ensuring the free exercise of constitutional rights without discrimination of any nature is provided for in the 1988 Federal Constitution. Accordingly, it is understood that what is provided for in other legal rules in force should, in principle, be correlated with the principle of justice, which ensures each disabled person can achieve the benefits of the Law, according to their needs, following Table 2.

Table 2 – Applied analysis of correlation to the principle of justice

JUSTICE

Article	Legal text
Article 4	Every disabled person has the right to opportunities equal to those of others and shall not suffer discrimination of any kind. § 1 Discrimination on the grounds of disability shall mean any form of distinction, restriction or exclusion, by action or omission, which has the purpose or effect of harming, preventing or nullifying the recognition or exercise of the rights and fundamental freedoms of a disabled person, including the refusal of appropriate adaptations and the provision of assistive technologies.
Article 8	It shall be a priority of State, society and family disabled people can exercise their rights related to life, health, sexuality, paternity and maternity, food, housing, education, professional development, work, social security, habilitation and rehabilitation. Also, transportation, accessibility, culture, sports, tourism, leisure, information, communication, scientific and technological advances, dignity, respect, freedom, family and community life, among others arising from the Federal Constitution, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol, and the laws and other norms that ensure their personal, social, and economic well-being.
Article 14	The process of habilitation and rehabilitation is a right of the disabled person. Single paragraph. The process of habilitation and rehabilitation aims to develop the potential, talents, physical, cognitive, sensory, psychosocial, attitudinal, professional and artistic skills and abilities that contribute to achieving autonomy of the disabled person and their social participation under conditions and opportunities equal to those of other people.
Article 17	NHS and social security (SUAS) services should promote articulated actions to ensure the disabled person and their family acquire information, guidelines and means of access to available public policies to foster their full social participation.
Article 18	Complete health care is ensured for the disabled person, at all levels of complexity, through the NHS, with guaranteed universal and equal access.
Article 24	The disabled person is guaranteed access to healthcare services, both public and private, and to the information provided and received using assistive technology resources and all forms of communication provided for in section V of Article 3 of this Law.
Article 26	Cases of suspected or confirmed violence against a disabled person shall be subject to compulsory notification by public and private health services to the police authority and the Public Prosecutor, in addition to the Disability Rights Councils. Single paragraph. For the purposes of this Law, violence against a disabled person shall be considered any action or omission carried out in a public or private place, which causes death, damage or physical or psychological suffering.
Article 27	Education is a right of the disabled person, guaranteed by an inclusive educational system at all levels and lifelong learning, to achieve maximum development of their physical, sensory, intellectual and social talents and abilities, according to their characteristics, interests and learning needs.
Article 30	The following measures should be adopted in the selective processes for entry and admission to higher education institutions and professional and technological education courses, public and private (...)
Article 34	The disabled person has the right to do free choice and acceptance in an accessible and inclusive environment and equal opportunities.
Article 42	The disabled person has the right to culture, sport, tourism and leisure with equal opportunities to other people, guaranteeing access (...)
Article 46	The right to transport and mobility of persons with disabilities or reduced mobility shall be ensured with equal opportunities to other persons by identifying and removing all obstacles and barriers to their access.
Article 79	The public authority must ensure access of the disabled to justice, with equal opportunities to other people, guaranteeing, where required, adaptations and assistive technology resources.

Article 81	The rights of the disabled shall be guaranteed in the event criminal sanctions are applied.
Article 84	The disabled person is guaranteed the right to exercise their legal capacity on equal terms to other people.
Article 92	The National Register of Inclusion of the Disabled Person (Inclusion-Register) is an electronic public registry created to collect, processing, systematising and disseminate georeferenced information that allows for the identification and socio-economic characterisation of the disabled person, as well as the barriers that prevent them from exercising their rights.

Autonomy is, in a sense, the stem cell of bioethics because all other principles would lack a foundation in its absence. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights dictates that the autonomy of the individual must be respected. Principles of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights include human dignity and human rights; benefits and damages; autonomy and individual responsibility; consent; persons unable to consent; respect for human vulnerability and personal integrity; privacy and confidentiality; equality, justice and equity; non-discrimination and non-stigmatisation; respect for cultural diversity and pluralism; solidarity and cooperation; social responsibility and health; benefit-sharing; protection of future generations; protection of the environment, the biosphere and biodiversity (13).

The articles of the BLI safeguard autonomy, as shown in Table 3.

Table 3 – Applied analysis of correlation to the principle of autonomy

AUTONOMY	
Article	Legal text
Article 11	The disabled person cannot be forced to undergo clinical or surgical intervention, treatment or forced institutionalisation. Single paragraph. The consent of the disabled person in a situation of guardianship may be provided in the Law.
Article 12	The prior, free and informed consent of the disabled person is indispensable to performing treatments, procedures, hospitalisations and scientific research. § 1 In the case of a person with a disability in a situation of guardianship, their participation must be ensured to the greatest extent possible to obtain consent. § 2 Scientific research involving a person with a disability in a situation of tutelage or guardianship must be carried out, on an exceptional basis, only when there is evidence of direct benefit to their health or the health of other people with disabilities and provided that there is no other research option of comparable efficacy with participants not in a situation of tutelage or guardianship.
Article 36	The public authority must implement complete professional habilitation and rehabilitation programmes and services so that the disabled person can enter, continue or return to a field of work according to their free choice, vocation and interest.
Article 37	Competitive placement, with equal opportunities to other people and following labour and social security legislation, in which accessibility rules, the provision of assistive technology resources and appropriate adaptation of the work environment must be complied with, is a means to include disabled persons at work.

Article 53	Accessibility is the right that guarantees the person with a disability or reduced mobility to live independently and exercise their rights of citizenship and social participation.
Article 62	Upon request, the disabled person has the right to receive bills, service payment slips, receipts, bank statements and tax collections in an accessible format.
Article 63	Accessibility is mandatory on government websites and websites maintained by companies with headquarters or commercial representation in Brazil for use by disabled persons, guaranteeing access to the available information following internationally adopted best practices and accessibility guidelines.
Article 65	Telecommunications service providers shall ensure full access to the disabled person following specific regulations.
Article 68	Public authorities shall adopt mechanisms to encourage the production, publication, dissemination, distribution and marketing of books in accessible formats, including public administration or publicly funded publications, to guarantee the right of the disabled person to access literature, information and communication.
Article 74	The disabled person is ensured access to assistive technology products, resources, strategies, practices, processes, methods and services that maximise their autonomy, personal mobility and quality of life.
Article 85	Guardianship shall only affect acts related to property and trade rights. § 1 The definition of guardianship does not extend to rights over the body itself, sexuality, marriage, privacy, education, health, work and voting. (...)

In addition to beneficence, there is the obligation of nonmaleficence, the duty not to inflict harm or damage, which takes precedence over obligations of beneficence: to eliminate and prevent harm or damage and to do or promote good (14). In this sense, the BLI has retained the principle of nonmaleficence, as shown in Table 4.

Table 4 – Applied analysis of correlation to the principle of nonmaleficence

NONMALEFICENCE	
Article	Legal text
Article 13	Without their prior, free and informed consent, the disabled person shall only receive care in life-threatening or health emergency circumstances, where their best interests are protected and the appropriate legal safeguards are adopted.
Article 19	The NHS is responsible for developing actions aimed at preventing deficiencies due to avoidable causes (...)
Article 23	All forms of discrimination against persons with disabilities are forbidden, including charging different premiums for private health insurance and plans due to their condition.
Article 90	Abandoning disabled persons in hospitals, nursing homes, shelters or similar entities (...)
Article 95	It is forbidden to require persons with disabilities to appear before public bodies when doing so, due to their functional limitations and conditions of accessibility, would impose a disproportionate and undue hardship on them, in which case the following procedures will be observed.

Conclusion

The Brazilian Law of Inclusion articles, published on July 6, 2015, following the Federal Constitution of 1988 and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, demonstrate a correlation with the bioethical principles of autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice.

References

1. WHO. World Report on Disability 2011. Geneva. World Health Organization; 2011 – Foreword. Accessible at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304077/>
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Accessible at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Rocha RNM, Fernandes FC, Nunes R. Assessment of Individuals with Disabilities in Latin America: a comparative study of the legislation. International Archives Of Medicine. Vol. 13. Nº. 14 doi: 10.3823/2630
4. Brasil. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113146.htm
5. Rocha RNM, Fernandes FC, Bezerra JC, Nunes R. Comparative Study on Evaluations Conduced by Medical Doctors and Social Workers in Which the Adapted Brazilian Functionality Index for Granting Retirement to Persons with Disability was applied. International Archives Of Medicine. Vol. 12 (2019) doi: 10.3823/2602
6. Cunha OE. Ações afirmativas: O princípio constitucional da igualdade e as cotas raciais. TCC (bacharel em Direito). Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia/Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis, 2017. Accessible at: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/20204/3/AcoesAfirmativasPrincipio.pdf>
7. Junqueira CR. Bioética. Available at: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade18/unidade18.pdf
8. Sass HM. Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal Vol. 17, No. 4, 279-295 © 2008 by The Johns Hopkins University Press. doi: 10.1353/ken.2008.0006
9. Nunes R. Bioethics: Medical. Encyclopedia of Global Bioethics doi: 10.1007/978-3-319-05544-2_44-1
10. Rocha RNM, Bezerra JC, Fernandes FC, Tavares FB, Silva AG. New Concepts of Disability and Impairment applies in the Occupational Health Physician Evaluation: Is there a Conflict with Bioethics Principles? BJM Journals. Occup Environ Med 2018; Volume 75, Issue Suppl 2. Available at: https://oem.bmj.com/content/75/Suppl_2/A384.4
11. Avant LC, Swetz KMS. Revisiting Beneficence: What is a 'Benefit,' and by What Criteria? The American Journal of Bioethics, 2020, 20:3, 75-77, doi: 10.1080/15265161.2020.1714808
12. Santos IL. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da Bioética. Ver. Bioét.(Impr).2020; 28(2): 229-3
13. Mabtum MM, Marchetto PB. Concepções teóricas sobre bioética, biodireito e dignidade humana. In: O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 17-51. ISBN 978-85-7983-660-2. Available at: SciELO Books <<http://books.scielo.org>
14. Beauchamp TL. "The Principle of Beneficence in Applied Ethics", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/principle-beneficence/>>