

Por que usar o IFBr para regulamentar o art. 2º da LBI?

1. O conceito constitucional de deficiência no Brasil é “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009).
2. Esse conceito foi fruto de mais de quatro décadas de debates e formulações do chamado *modelo social da deficiência*. Um movimento acadêmico e político que, desde os anos 1960, empreendeu esforços para mudar a compreensão e descrição da experiência da deficiência com o objetivo de promover justiça, equiparar oportunidades e combater discriminação sofrida por essa população (DINIZ, 2007). O conceito foi introduzido em 2009 ao ordenamento jurídico brasileiro com a ratificação com status constitucional da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela ONU em 2007 (BRASIL, 2009).
3. Um dos principais pilares do modelo social da deficiência foi o de subverter a lógica biomédica que descrevia hegemonicamente os corpos com deficiência como corpos anormais e defeituosos e substituí-la por uma compreensão interacional da deficiência, surgida a partir do momento em que a sociedade não prevê a diversidade humana e, portanto, a organização social das sociedades é que devem se moldar às necessidades das pessoas com deficiência e não o contrário (BARNES *et. al*, 2002). Para chegar a esse entendimento, a participação das pessoas com deficiência construindo essa nova perspectiva foi fundamental para suplantar a hegemonia biomédica que durante mais de dois séculos relegou às pessoas com deficiência a um espaço subalternizado e de dignidade inferior na sociedade (BARNES, 2009).
4. Um primeiro marco internacional que levou em consideração os princípios do modelo social e foi capaz de influenciar políticas públicas e legislações ao redor do mundo foi a publicação em 2001 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) da *Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde* (CIF). No Brasil, foi traduzida em 2003 como *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
5. Como um catálogo para subsidiar ações na saúde padronizadas em todo o mundo, assim como a *Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde* (CID), a CIF busca orientar profissionais da saúde, gestores, formuladores de política pública, dentre outros, a compreender a deficiência como fruto de uma lógica multidimensional e interativa entre indivíduos, suas condições de saúde, o ambiente em que vivem e como descrever as situações de restrição de participação social que tais condições geram.
6. Antes mesmo da Convenção ser adotada no Brasil, a CIF foi primeiro utilizada no país em 2007 para orientar uma política de grande porte como a da assistência social (BRASIL, 2007a). Com o Decreto 6.214 de 2007, o Benefício de Prestação Continuada,

uma política de transferência de renda para pessoas com deficiência e pessoas idosas na extrema pobreza, passou a se utilizar dos critérios da CIF para avaliar os requerentes da proteção social para conceder o benefício para as pessoas com deficiência.

7. Diante da necessidade de utilizar a CIF e seu conceito biopsicossocial em várias outras políticas públicas do governo federal para a mesma mudança exitosa ocorrida com o BPC, o governo federal brasileiro em 2007 tomou ainda outra atitude: montou um Grupo de Trabalho interministerial para avaliar todas as formas de avaliar a deficiência para reconhecer direitos para que depois fosse possível a utilização da CIF em suas formas de avaliação em um modelo unificado (BRASIL, 2007b).
8. O modelo único de avaliação da deficiência em diálogo com a CIF teve, portanto, seu início no Brasil em 2007. Por meio da publicação do Decreto Presidencial de 26 de setembro de 2007, foi instituído um Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizado no Brasil e definir a elaboração e a adoção de um modelo único para todo o país. Após os trabalhos do GT, foi publicado em 2013 o Índice de Funcionalidade Brasileiro - IFBr, com o intuito de ser utilizado em todas as políticas públicas brasileiras voltadas para as pessoas com deficiência.
9. O IFBr é composto por 41 Atividades e Participação de acordo com a CIF, além de contar com uma métrica para pontuação das Atividades de acordo com a Medida de Independência Funcional - MIF. A MIF gradua a realização das atividades a partir de uma avaliação da situação de dependência da pessoa para realizá-las.
10. O IFBr passou a ser utilizado no ordenamento jurídico brasileiro pela primeira vez quando o governo federal o adotou em 2014 na aplicação da aposentadoria às pessoas com deficiência do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) da Lei Complementar 142, de 2013 (BRASIL, 2013; 2014).
11. Além disso, desde 2007, a ideia é se utilizar do IFBr em todas as suas políticas públicas no país que materializam direitos às pessoas com deficiência.
12. Em 2015, foi sancionada a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015). Fruto de uma construção coletiva entre Poder Executivo, Legislativo e representações das pessoas com deficiência de todo o país, a LBI estabeleceu em seu art. 2º, dentre outras novidades, que a avaliação da deficiência para reconhecimento de direitos deve ser biopsicossocial, multiprofissional e interdisciplinar. Com o prazo de vigência de dois anos, o dispositivo do art. 2º deveria estar regulamentado desde janeiro de 2018.
13. O IFBr é o instrumento, portanto, a ser utilizado para regulamentar o art. 2º da LBI. Desde seu uso na política previdenciária brasileira em 2013 para dar cumprimento à Lei Complementar 142, a Universidade de Brasília é a instituição acadêmica responsável por fazer as validações de face, de conteúdo e de acurácia epidemiológica do IFBr para ser utilizado na implantação das políticas públicas brasileiras. Em um primeiro momento só para a previdência, em um acordo entre a

UnB e o Ministério da Previdência Social naquele momento, e, desde 2016, por um convênio entre UnB, Organização dos Estados Ibero-Americanos e Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Governo Federal.

14. A validação do IFBr até esse momento já conta com uma base empírica com testes em mais de 50 cidades brasileiras, com mais de 8.200 sujeitos (pessoas com deficiência e profissionais da previdência e da saúde) e encontra-se em fase final de conclusão da validação pronto para ser utilizado por todas as políticas públicas brasileiras.
15. Mais de vinte artigos científicos, oito capítulos de livros, dezenas de monografias, dissertações e teses de doutorado já foram produzidas no Brasil discutindo o processo de validação do IFBr desde 2013 e apontando os aspectos que precisam ser aperfeiçoados, dando validade científica e técnica para usá-lo.
16. Há um acúmulo incontestável no meio acadêmico, no governo federal e contando com a participação das pessoas com deficiência em todo esse processo de contínua construção e aperfeiçoamento do IFBr desde 2007.
17. Invariavelmente, o IFBr foi concebido para ser aplicado por uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar. Ele se centra nas *Atividades e Participação*, um dos domínios da CIF em que se avalia as consequências das condições de saúde na vida das pessoas. Diferente da CID, a CIF não oferece um eixo etiológico para caracterizar condições de saúde. Isto é, não oferece subsídios para caracterizar as causas da deficiência e, sim, oferece unidades de classificação para avaliar e valorar as consequências que uma condição de saúde provoca em diversos domínios da vida social de uma pessoa com deficiência. Em termos de reconhecimento de direitos e implantação de políticas, serviços e programas para eliminar desigualdades e equiparar oportunidades, avaliar e valorar as consequências das condições de saúde é mais adequado do que avaliar as causas, os fatores que determinam os impedimentos/lesões/alterações corporais. Porque é preciso saber as condições atuais das pessoas para implantar um conjunto de ações para efetivamente promover igualdade entre pessoas com e sem deficiência, nos marcos da Convenção e LBI.
18. Desse modo, a avaliação da deficiência não pode se centrar nas causas ou nos impedimentos. Sob o risco de descumprir o conceito constitucional de deficiência que é da interação entre impedimentos e barreiras, além de descumprir o preceito do art. 2º da LBI que trata da avaliação biopsicossocial, multiprofissional e interdisciplinar.
19. Cumpre salientar que o alcance do conceito de deficiência da Convenção e da CIF não pode levar em consideração uma compreensão linear e estanque da deficiência, ou seja, impedimento somado à barreira, estritamente nessa ordem, é que leva à deficiência. Ou então, barreira somada necessariamente ao impedimento já existente é que caracteriza a deficiência (ABBERLEY, 1997; BARNES, 2009; HUGHES; PATERSON, 1997; MORRIS, 2001; WENDELL, 2000;). A perspectiva biopsicossocial traz a necessidade de avaliar essa concepção de modo interativo e dinâmico exatamente

- para não autonomizar uma de suas dimensões e acabar por trabalhá-la tecnicamente e assim recobrir sua significação social e política (CASTEL, 1978). Se um único profissional especialista avalia separadamente o impedimento ou as barreiras e apenas na caracterização desse elemento é que a avaliação multiprofissional deve ocorrer em uma segunda fase, se estará autonomizando uma das dimensões (do impedimento ou da barreira) da deficiência e incorrendo no erro de não caracterizá-la enquanto relação social que leva as pessoas com determinada condição de saúde a uma desigualdade de participação na sociedade em igualdade com as demais pessoas.
20. Segundo Edgar Morin, interdisciplinaridade é um modo de pensar, capaz de unir e solidarizar conhecimentos separados, é capaz de se desdobrar em uma ética da união e da solidariedade entre humanos. Um pensamento capaz de não se fechar no local e no particular, mas de conceber os conjuntos, estaria apto a favorecer o senso da responsabilidade e o da cidadania. A reforma do pensamento via interdisciplinaridade e multiprofissionalidade teria, pois, consequências existenciais, éticas e cívicas (MORIN, 1997). Já para Potyara Pereira, a interdisciplinaridade se impõe não como uma proposta de destruição de especialização, já que esta configura o particular que se realiza no universal e vice-versa, mas como um convite ou um alerta ao especialista para que se torne sujeito da totalidade. A interdisciplinaridade sugere relação de reciprocidade entre saberes distintos, com suas contradições específicas e inerentes, tendo em vista à recomposição da unidade segmentada do conhecimento (PEREIRA, 2014).
 21. O IFBr tem seu eixo estruturante no domínio *Atividades e Participação* da CIF exatamente porque é aí que o impedimento se *interage* com as barreiras, sendo possível considerar desde a funcionalidade (interação máxima ou positiva) até deficiência ou incapacidade (interação mínima ou negativa). E mais do que isso, somente a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade (art. 2º da LBI) são capazes de conjuntamente alcançar essa avaliação interativa dos elementos impedimentos e barreiras na perspectiva biopsicossocial.
 22. A regulamentação do art. 2º da LBI deve levar em consideração esses elementos. Cabe ao Poder Executivo regulamentar o que estritamente está disciplinado no art. 2º. Qualquer alteração que ultrapasse tais perspectivas, como o exemplo de um profissional especialista determinar qual condição de saúde está apta ou não a ser submetida a uma avaliação multiprofissional e interdisciplinar da deficiência, fere o que estabelece a LBI e a Convenção. Fere até mesmo as atribuições do Poder Executivo de no ato executar políticas públicas e regulamentar marcos normativos além de suas funções, toma do Poder Legislativo sua atribuição precípua de legislar.

Referências bibliográficas

ABBERLEY, Paul. *The limits of classical social theory in the analysis and transformation of disablement*. Past, Present and the future. 1997.

BARNES, Colin. Un chiste malo: rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita. In: Brogna P, editor. *Visiones e revisiones de la discapacidad*. 2009.

BARNES, Colin; BARTON, Len; OLIVER, Mchael. *Disability studies today*. 2002.

BRASIL. Decreto 6.214 regulamentador do Benefício de Prestação Continuada. 2007a

BRASIL. Decreto Presidencial, de 26 de setembro de 2007. Institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar os modelos de avaliação da deficiência e propor um modelo único de classificação e valoração da deficiência. 2007b.

BRASIL. Decreto 6.949 que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

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.

BRASIL. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

BRASIL. Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do RGPS.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a era de ouro do alienismo*. 1978

DINIZ, Debora. *O que é deficiência*. 2007

HUGHES, BILL; PATERSON, Kevin. *The social model of disability and the disappearing body: towards a sociology of impairment*. 1997.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma; reformar o pensamento*. 1997.

MORIS, Jane. *Impairment and disability: constructing and ethics of care that promotes human rights*. 2001.

PEREIRA, Potyara. *A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética*. 2014.

WENDELL, Susan. *The rejected body*. 1996