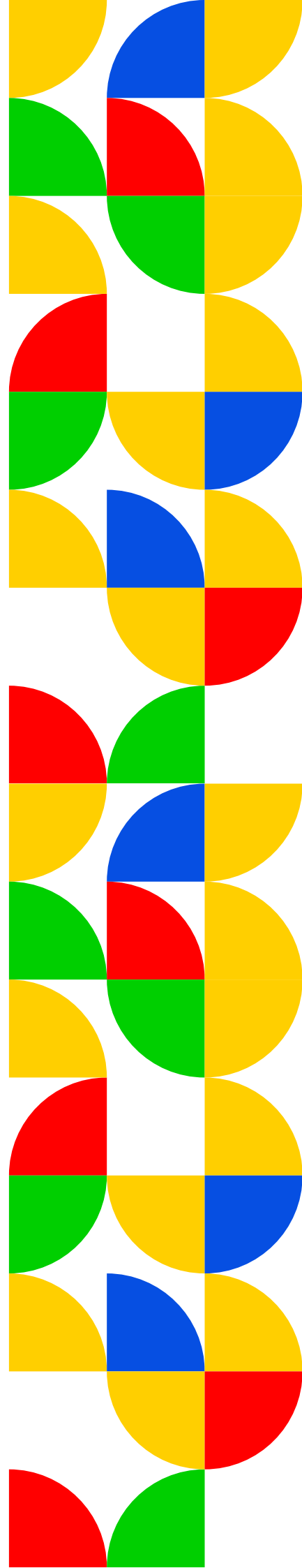


# RELATÓRIO FINAL DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE A AVALIAÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL UNIFICADA DA DEFICIÊNCIA

MINISTÉRIO DOS  
DIREITOS HUMANOS  
E DA CIDADANIA



## **Presidente da República**

Luiz Inácio Lula da Silva

## **Vice-Presidente da República**

Geraldo Alckmin

## **Ministros**

### **Ministro dos Direitos Humanos e da Cidadania**

Silvio Almeida

### **Casa Civil da Presidência da República**

Rui Costa

### **Ministro do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome**

Wellington Dias

### **Ministro da Fazenda**

Fernando Haddad

### **Ministra da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos**

Esther Dweck

### **Ministra do Planejamento e Orçamento**

Simone Tebet

### **Ministro da Previdência Social**

Carlos Lupi

### **Ministra da Saúde**

Nísia Trindade Lima

## **Coordenadora do Grupo de Trabalho**

Naira Rodrigues Gaspar

## **Secretário Executivo do Grupo de Trabalho**

Hisaac Alves de Oliveira

## **Membros do Grupo de Trabalho**

### **Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania**

Naira Rodrigues Gaspar

Raul de Paiva Santos

### **Casa Civil da Presidência da República**

Pablo Rafael Coelho Antunes

Amarildo Baesso

### **Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**

Roberto Paulo do Vale Tiné

Joelson Costa Dias

### **Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome**

Raimundo Nonato Lopes de Sousa

Solange do Nascimento Lisboa

### **Ministério da Fazenda**

Ariosto Rodrigues de Souza

Carlos Honorato de Souza

### **Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos**

Maria Isabel Braga de Albuquerque

Adauto Leoni Seleiro Pimentel

### **Ministério da Previdência Social**

Jorge Og de Vasconcellos Júnior

Orion Sávio dos Santos Oliveira

### **Ministério da Saúde**

Arthur de Almeida Medeiros

Denise Maria Rodrigues Costa

## **Órgãos Convidados**

### **Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal**

Luciano Ambrósio Campos

Francis Lobo Botelho Vilas Monzo

### **Conselho Nacional de Assistência Social**

Edna Aparecida Alegro

Ivone Maggione Fiore

### **Conselho Nacional de Justiça**

Katia Herminia Martins Lazarano Roncada

### **Conselho Nacional de Saúde**

Vitória Bernardes Ferreira

### **Conselho Nacional dos Direitos Humanos**

Gabriel Alves Godoi

### **Ministério da Cultura**

Karina Miranda da Gama

Naine Terena de Jesus

### **Ministério da Educação**

Francisco Alexandre Dourado Mapurunga

Marco Antônio Melo Franco

### **Ministério do Esporte**

Nayara Karin Falcão de Oliveira

Rodrigo Abreu de Freitas Machado

**Ministério do Trabalho e Emprego**

Patrícia Siqueira Silveira  
Rafael Faria Giquer

**Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS)**

Heloísa da Veiga Coelho  
Lígia Iasmine Pereira dos Santos  
Gualberto

**Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família (MDS)**

Tatiane Vendramini Parra Roda  
Marina Farias Rebelo

**Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (MDHC)**

Symone Maria Machado Bonfim  
Hiury Milhomem Cassimiro

**Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (MS)**

Daniela Palma Araujo  
Ian Jacques de Souza

**Pesquisadores Convidados**

Aisllan Diego de Assis  
Andrea Perosa Saigh Jurdi  
Eduardo Vasconcelos  
Erika Pisaneschi  
Fatine Conceição Oliveira  
Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior  
Karla Garcia Luiz  
Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela  
Liliane Cristina Gonçalves Bernardes  
Luanda Chaves Botelho  
Marineia Crosara de Resende  
Miguel Abud Marcelino  
Ricardo Lugon Arantes  
Sara Wagner York  
Victor Hugo Rodrigues Medeiros  
Sandra Regina Gomes  
Wederson Rufino dos Santos

**Equipe Técnica da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**

Ana Clara Sousa Damásio dos Santos  
Ana Luiza de Melo Rodrigues  
Elisângela Guimarães Silva de Sousa  
Hisaac Alves de Oliveira  
Jonathas Rodrigo Bitencourt Duarte  
Maria da Conceição dos Santos  
Michelle Catarine Machado  
Sandra Regina Gomes  
Tatiane Pereira de Araújo

**Redação**

Hisaac Alves de Oliveira  
Jonathas Rodrigo Bitencourt Duarte  
Maria da Conceição dos Santos

**Revisão**

Jonathas Rodrigo Bitencourt Duarte

**Design**

Jonathas Rodrigo Bitencourt Duarte

# Sumário

<b>SUMÁRIO EXECUTIVO .....</b>	<b>6</b>
PRINCIPAIS PONTOS E CONCLUSÕES .....	6
IMPLICAÇÕES E PRÓXIMOS PASSOS .....	8
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
COMPOSIÇÃO E DINÂMICA DE TRABALHO DO GT .....	9
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E A DESIGUALDADE DE OPORTUNIDADES .....	11
PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS FEDERAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	13
O SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO UNIFICADA DA DEFICIÊNCIA (SISNADEF) .....	15
<b>1. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL UNIFICADA DA DEFICIÊNCIA .....</b>	<b>17</b>
1.1. HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL.....	19
1.2. ESTRUTURA E USO DO INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO (IFBR-M) .....	20
1.3. CONCLUSÃO SOBRE A ANÁLISE E FINALIZAÇÃO DO IFBR-M .....	24
<b>2. ESTRUTURA DE GOVERNANÇA E RESPONSABILIDADES .....</b>	<b>26</b>
2.1. RESPONSÁVEIS PELA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISNADEF .....	26
2.2. FUNÇÕES DO COMITÊ GESTOR NACIONAL.....	27
2.3. PRINCIPAIS DESAFIOS DE GOVERNANÇA.....	28
<b>3. FORMAÇÃO E HABILITAÇÃO DAS EQUIPES AVALIADORAS.....</b>	<b>30</b>
3.1. PROPOSTA DE MATRIZ CURRICULAR.....	30
3.2. CARGA HORÁRIA E MODALIDADES DE FORMAÇÃO .....	33
3.3. PLANO GRADUAL DE FORMAÇÃO .....	34
3.4. METODOLOGIA DE FORMAÇÃO, HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO .....	34
3.5. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS PARA A FORMAÇÃO.....	35
<b>4. SISTEMA DE TI .....</b>	<b>36</b>
4.1. PRINCIPAIS MÓDULOS E FUNCIONALIDADES .....	36
4.2. ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO .....	37

5.	INDICADORES PARA MONITORAMENTO DA POLÍTICA .....	39
6.	PLANO DE COMUNICAÇÃO .....	41
7.	PROPOSTAS PARA REGULAMENTAÇÃO E REVISÃO DE ATOS NORMATIVOS .....	43
8.	PROJETOS DE LEIS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL .....	46
9.	CENÁRIOS DE IMPLANTAÇÃO: GRADUAL VS. SIMULTÂNEA .....	47
10.	RECOMENDAÇÕES E PRÓXIMOS PASSOS .....	49
	CONCLUSÃO .....	50
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICES .....	55

## Sumário Executivo

O **Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência**, instituído pelo Decreto nº 11.487/2023, representa um marco essencial na promoção dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil. O documento apresenta o trabalho realizado pelo Grupo de Trabalho (GT), no desenvolvimento de uma proposta abrangente para a avaliação da deficiência baseada no modelo biopsicossocial.

O principal objetivo deste relatório é propor uma metodologia de avaliação da deficiência que vá além do modelo médico tradicional, reconhecendo a deficiência como uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A intenção é alinhar esta avaliação com os princípios da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** e a **Lei Brasileira de Inclusão**.

### Principais Pontos e Conclusões

1. **Instrumento de Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência (Capítulo 2):** A transição do modelo médico para o modelo biopsicossocial é discutida, destacando a importância de adotar o **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** como ferramenta principal. Este modelo reconhece a deficiência como uma interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras sociais e ambientais, promovendo uma avaliação mais inclusiva e justa.
2. **Estrutura de Governança e Responsabilidades (Capítulo 3):** O relatório define a estrutura administrativa e de gestão necessária para a implementação do **Sistema Nacional de Avaliação da Deficiência (SISNADEF)**. Isso inclui a criação do **Comitê Gestor Nacional**, responsável por coordenar, normatizar, gerenciar e avaliar o processo de implantação da avaliação biopsicossocial unificada em todo o país.
3. **Formação e Habilitação de Equipes Avaliadoras (Capítulo 4):** Propõe diretrizes curriculares e programas de formação para garantir que os profissionais das áreas de saúde e assistência social estejam adequadamente preparados para aplicar o IFBrM. A formação contínua, habilitação e a

qualificação dessas equipes são essenciais para assegurar a correta aplicação dos critérios de pontuação da matriz.

4. **Sistema de TI (Capítulo 5):** Descreve os requisitos tecnológicos e a arquitetura do sistema de TI necessário para suportar o processo de avaliação biopsicossocial. A plataforma eletrônica do SISNADEF deve garantir acessibilidade, segurança, interoperabilidade e eficiência na coleta, transmissão e sistematização dos dados de avaliação.
5. **Indicadores para Monitoramento da Política (Capítulo 6):** Estabelece um conjunto robusto de indicadores para monitorar a eficácia e a eficiência do sistema, permitindo ajustes e melhorias contínuas. Esses indicadores cobrem aspectos como satisfação dos usuários, desempenho dos instrumentos de avaliação, e eficiência do processo de avaliação.
6. **Plano de Comunicação (Capítulo 7):** Detalha um plano de comunicação para assegurar a compreensão e o engajamento de todas as partes interessadas. A comunicação transparente e acessível é fundamental para promover a adesão ao SISNADEF e garantir que seus benefícios sejam amplamente conhecidos.
7. **Propostas de Regulamentação (Capítulo 8):** Apresenta os elementos que devem ser regulamentados para instituir a avaliação biopsicossocial, definindo as responsabilidades dos diversos órgãos e os procedimentos para a aplicação do IFBrM. A normatização deve garantir a uniformidade e a padronização das avaliações em todo o território nacional.
8. **Revisão dos Atos Normativos Atuais (Capítulo 9):** Analisa a necessidade de revisões e alterações nas normas vigentes que impactam a implementação da avaliação biopsicossocial. A revisão dos atos normativos é essencial para alinhar a legislação atual com o novo modelo de avaliação proposto.
9. **Projetos de Leis em Tramitação no Congresso Nacional (Capítulo 10):** Estuda projetos de leis em tramitação que possam impactar negativamente a implementação da avaliação biopsicossocial. O relatório recomenda ações para adequar esses projetos às diretrizes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão.
10. **Cenários de Implantação: Gradual vs. Simultânea (Capítulo 11):** Avalia os prós e contras dos cenários de implantação gradual versus simultânea do IFBrM. A

implantação gradual é recomendada por permitir ajustes e melhorias baseadas em feedback real, garantindo uma transição mais segura e controlada.

## Implicações e Próximos Passos

O relatório destaca a importância da regulamentação do **instrumento de avaliação biopsicossocial unificado da deficiência** para garantir a defesa dos direitos das pessoas com deficiência. A implementação do IFBrM permitirá uma avaliação mais justa e inclusiva, reduzindo a burocracia e melhorando a eficiência da administração pública. Os próximos passos incluem a regulamentação e normatização, a capacitação das equipes avaliadoras e a implantação gradual do SISNADEF, assegurando que todas as etapas do processo sejam otimizadas antes de sua aplicação em escala nacional.

O trabalho realizado pelo GT é um passo significativo na direção de uma sociedade mais inclusiva e igualitária, onde os direitos das pessoas com deficiência são plenamente reconhecidos e garantidos.



## Introdução

A **Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência** representa um marco essencial na promoção dos **direitos das pessoas com deficiência** no Brasil. Instituído pelo **Decreto nº 11.487**, de 10 de abril de 2023, o **Grupo de Trabalho (GT)** foi criado no âmbito do **Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania**, com o objetivo de desenvolver uma proposta abrangente para a avaliação da deficiência baseada no **modelo biopsicossocial**.

O **modelo biopsicossocial e de direitos humanos** reconhece a deficiência como uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais, ao invés de uma simples questão médica. Esse novo paradigma busca assegurar uma avaliação mais justa e inclusiva, alinhada com os princípios da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, da qual o Brasil é signatário.

Este **relatório final** documenta o trabalho realizado pelo GT ao longo de sua existência, incluindo as propostas desenvolvidas, os processos de implantação e implementação recomendados, e a avaliação do **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** (Capítulo 2). Além disso, o relatório detalha a **estrutura de governança** necessária para a aplicação da Avaliação Biopsicossocial (Capítulo 3), a **formação e qualificação** das equipes de avaliadores (Capítulo 4), e o desenvolvimento de um **sistema de TI** para suportar a implementação (Capítulo 5).

O relatório também apresenta **indicadores para o monitoramento contínuo da política** (Capítulo 6), um **plano de comunicação** (Capítulo 7), um conjunto de **propostas de regulamentação** (Capítulo 8), e revisões necessárias nos **atos normativos atuais** (Capítulo 9). Estudos sobre **projetos de leis em tramitação no Congresso Nacional** (Capítulo 10) e **cenários para a implantação** da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência (Capítulo 11) também são discutidos.

O trabalho realizado pelo GT é um passo significativo na direção de uma **sociedade mais inclusiva e igualitária**, onde os **direitos das pessoas com deficiência** são plenamente reconhecidos e garantidos.

## Composição e Dinâmica de Trabalho do GT

Conforme o **art. 3º do Decreto nº 11.487**, de 10 de abril de 2023, que instituiu o **Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência** no âmbito do **MDHC**, o Grupo de Trabalho foi composto pelos seguintes órgãos:

1. **Coordenador:** Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (**MDHC**)
2. **Casa Civil** da Presidência da República
3. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (**MDS**)
4. Ministério da Fazenda (**MF**)
5. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (**MGI**)
6. Ministério do Planejamento e Orçamento (**MPO**)
7. Ministério da Previdência Social (**MPS**)
8. Ministério da Saúde (**MS**)
9. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (**CONADE**)

Os membros do Grupo de Trabalho e seus respectivos suplentes foram indicados pelos titulares dos órgãos componentes e designados em ato do Ministro de Estado dos Direitos Humanos e da Cidadania através da **Portaria nº 319**, de 30 de maio de 2023. Todavia, o Ministério do Planejamento e Orçamento não indicou representante.

Em 1º de junho de 2023, foi realizado no Auditório do Subsolo do Bloco A da Esplanada dos Ministérios, sede do MDHC, o **Seminário de Lançamento do Grupo de Trabalho**, que contou com a presença de várias autoridades e apresentações de diversos especialistas no assunto.

As **reuniões ordinárias** do Grupo de Trabalho foram **quinzenais** e realizadas em formato híbrido, com participantes presenciais e outros pela plataforma Microsoft Teams. Ao todo, foram realizadas **19 reuniões** ordinárias, que também foram **transmitidas pelo canal do MDHC no YouTube**. O Grupo de Trabalho adotou um **Regimento Interno** para detalhar suas atividades.

Em sua segunda reunião ordinária, o Grupo de Trabalho constituiu três **Grupos Técnicos Especializados (GTEs)**, com o objetivo de levantar informações e elaborar estudos técnicos para subsidiar as discussões do Grupo de Trabalho. Os GTEs foram compostos da seguinte forma:

1. **GTE de Aperfeiçoamento do IFBr-M:** Composto pelo MDHC, MF, MPS, MS e MDS. Além dos órgãos atuantes como Convidados Permanentes: Conselho Nacional de Assistência Social, Conselho Nacional de Saúde e Conselho

Nacional dos Direitos Humanos, e as pesquisadoras e especialistas convidadas Andrea Perosa Saigh Jurdi e Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela.

2. **GTE de Sistema:** Composto pelo MDHC, MPS e MS. O Ministério da Educação atuou como Convidado Permanente. Além dos pesquisadores e especialistas convidados: Izabel Maria Madeira de Loureiro Maior, Liliane Cristina Gonçalves Bernardes, Marineia Crosara de Resende, Miguel Abud Marcelino, Victor Hugo Rodrigues Medeiros e Wederson Rufino dos Santos.
3. **GTE de Revisão de Atos Normativos:** Composto pelo MDHC, Casa Civil da Presidência da República, CONADE, MF, MGI e MDS. Além dos órgãos atuantes como Convidados Permanentes: Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal, Ministério do Trabalho e Emprego e Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa do MDHC, e a pesquisadora especialista Luanda Chaves Botelho.

Os **Grupos Técnicos Especializados** também se reuniram **quinzenalmente** em reuniões híbridas, em semanas alternadas ao GT principal, de modo que suas discussões específicas subsidiaram os trabalhos das reuniões ordinárias do Grupo de Trabalho.

Quanto à dinâmica do GT, vale ainda destacar que em dezembro de 2023 foi realizada uma oficina sobre o **Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência (SISNADEF)**, que estabeleceu os eixos estruturantes do sistema e subsidiou as discussões agora consolidadas neste relatório final.

## **Pessoas com deficiência e a desigualdade de oportunidades**

De acordo com a **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** (PNAD Contínua)<sup>1</sup> do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há **18,6 milhões de pessoas** com algum tipo de deficiência no Brasil, representando **8,9% da população nacional**. Este dado, por si só, já demonstra a relevância de políticas públicas eficazes e inclusivas.

---

<sup>1</sup> IBGE, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013_informativo.pdf).

No entanto, as **desigualdades são marcantes** quando analisamos a situação por gênero, raça e região. As mulheres representam **10%** desse total, enquanto os homens **7,7%**. Quando observamos a distribuição por cor ou raça, a maior incidência é entre pessoas de cor preta (**9,5%**), seguida por pardas (**8,9%**) e brancas (**8,7%**). Geograficamente, a **Região Nordeste** tem uma maior concentração de pessoas com deficiência, com 10,3% de sua população (**5,8 milhões**). Já as demais regiões apresentam percentuais próximos: Sudeste (**8,2%**), Norte (**8,4%**), Centro-Oeste (**8,6%**), e Sul (**8,8%**). O menor percentual é encontrado no Amazonas, com **6,3%**.

Essas desigualdades evidenciam que as **barreiras interseccionais** – de gênero, raça e região, entre outras, – se somam, criando uma **dupla ou múltipla barreira** no acesso a oportunidades. Mulheres negras com deficiência, por exemplo, enfrentam discriminações simultâneas por gênero, raça e deficiência, resultando em exclusão social ainda mais acentuada. Esta situação se confirma quando analisamos políticas setoriais específicas, onde a desigualdade de oportunidades e as barreiras de inclusão se tornam mais evidentes.

No campo da **educação**, por exemplo, a taxa de analfabetismo entre pessoas com deficiência é alarmante, atingindo **19,5%**, muito superior à taxa nacional de **5,7%**. A **Região Nordeste** apresenta a maior taxa de analfabetismo entre pessoas com deficiência (**31,2%**), refletindo as desigualdades regionais e destacando a necessidade de intervenções específicas para esta população.

Quanto ao **mercado de trabalho**, **17,5 milhões de pessoas com deficiência** estão em idade de trabalhar, representando cerca de **10%** da população com 14 anos ou mais. No entanto, apenas **5,1 milhões** estão na força de trabalho, com uma maior exclusão das mulheres. Além disso, o **rendimento médio real** das pessoas com deficiência é significativamente menor. Em 2022, o rendimento médio mensal foi de **R\$ 1.860,00**, enquanto para pessoas sem deficiência foi de **R\$ 2.690,00**. Homens com deficiência recebem cerca de **27%** a menos que homens sem deficiência, e a diferença para mulheres é ainda maior, com **34%** a menos.

Esses dados demonstram as **desigualdades sociais** enfrentadas pelas pessoas com deficiência no Brasil. As barreiras interseccionais exacerbam essas desigualdades, resultando em **exclusão social** e **condições de vida precárias**. As pessoas com deficiência experimentam as piores condições em todos os aspectos analisados, seja na educação ou no trabalho, destacando a necessidade urgente de **intervenção estatal** para eliminar essas barreiras e promover uma sociedade mais inclusiva.

## Panorama das políticas públicas federais da Pessoa com Deficiência

Diante das desigualdades enfrentadas pelas pessoas com deficiência, a **ação estatal** é essencial para eliminar barreiras e promover a inclusão plena. No Brasil, existem mais de **trinta políticas públicas federais** voltadas para minimizar ou eliminar essas barreiras. O **Quadro 1** a seguir ilustra as principais.

**Quadro 1** – Políticas Públicas Federais da Pessoa com Deficiência

Tema	Políticas Públicas
<b>Serviço Público</b>	Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas reservadas a pessoas com deficiência; Aposentadoria de servidor com deficiência; Pensão (de servidor público falecido) a dependente (filho, enteado ou irmão) com deficiência intelectual ou mental; Horário especial para servidor com deficiência; Horário especial para servidor que possua cônjuge, filho ou dependente com deficiência; Necessidade de acompanhante no deslocamento a serviço de servidor com deficiência; Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar.
<b>Benefícios Fiscais e Prioridades</b>	Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados na aquisição de automóvel; Prioridade na restituição do Imposto de Renda; Isenção de IOF; Isenção de IRPF.
<b>Habitação e Mobilidade</b>	Reserva de unidades habitacionais para pessoas com deficiência; Reserva de vagas para pessoas com deficiência em estacionamentos; Passe Livre Interestadual; Desconto da passagem e da bagagem do acompanhante de passageiro com deficiência; Moradia para a vida independente.
<b>Assistência Social e Saúde</b>	Benefício de Prestação Continuada; Residências Inclusivas; Centros-Dia de Referência; Acesso à serviços de reabilitação em Saúde de forma integral, equânime, universal e gratuita; Atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes - adulto e infantojuvenil; Saque do FGTS para compra de órteses e próteses.
<b>Previdência Social</b>	Aposentadoria de trabalhador com deficiência (LC 142); Concessão de pensão por morte a dependentes com deficiência; Pensão especial para pessoas com síndrome de talidomida.

Tema	Políticas Públicas
<b>Trabalho e Educação</b>	Reserva de cargos em empresas para pessoas com deficiência; Reserva de vagas no ensino técnico e superior de instituições federais; Reserva de cargos em concursos públicos; Reabilitação Profissional; Auxílio-Inclusão; Profissional de apoio escolar; Trabalho com apoio.
<b>Cultura e Lazer</b>	Meia-Entrada; Tratado de Marraqueche.

No entanto, o acesso a essas políticas públicas é dificultado por um problema fundamental: a **comprovação da deficiência**. Atualmente, cada política possui seus próprios critérios, o que obriga a pessoa com deficiência a passar por diversas avaliações em diferentes órgãos. Esse processo é oneroso, excludente e muitas vezes ineficiente, tanto para os indivíduos quanto para a administração pública.

A multiplicidade de critérios e avaliações não só aumenta o **custo financeiro e emocional** para as pessoas com deficiência e suas famílias, mas também representa uma **ineficiência do Estado**, que precisa realizar múltiplas avaliações para comprovar uma única condição. Este cenário de **diversidade de políticas públicas** e a **complexidade das avaliações** contribuem para a exclusão e dificultam a plena participação das pessoas com deficiência na sociedade.

Neste contexto, temos que é imperioso observar que a **Constituição Federal de 1988** assegura vários **direitos às pessoas com deficiência**, destacando a **dignidade da pessoa humana** e a **igualdade de direitos** (art. 1º, inciso III; art. 3º, inciso IV). Inclui a **proibição de discriminação** em salários e critérios de admissão para trabalhadores com deficiência (art. 5º, inciso XXXI). Além disso, estipula que a **União, Estados, Distrito Federal e Municípios** têm a responsabilidade comum de cuidar da saúde e da assistência pública, protegendo e garantindo os direitos das pessoas com deficiência (art. 23, inciso II). A Constituição também determina que a **União, Estados e Distrito Federal** legislem conjuntamente sobre a **proteção e integração social das pessoas com deficiência** (art. 24, inciso XIV).

O Brasil ratificou a **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** e seu Protocolo Facultativo através do **Decreto Legislativo nº 186**, de 9 de julho de 2008, conferindo à Convenção o status de emenda constitucional (art. 5º, §3º). A Convenção foi promulgada internamente pelo **Decreto nº 6.949**, de 25 de agosto de 2009. A Convenção introduziu um novo conceito de deficiência como um "**conceito em evolução**", resultado da interação entre **impedimentos de longo prazo** e **barreiras sociais** (Artigo 1, §2).

A **Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015)** adota esse conceito e exige que a avaliação da deficiência seja **biopsicossocial**, realizada por uma equipe **multiprofissional e interdisciplinar** que considere os **impedimentos nas funções e estruturas do corpo**, os **fatores socioambientais, psicológicos e pessoais**, a **limitação no desempenho de atividades** e a **restrição de participação** (art. 2º). Esta metodologia visa uma compreensão ampla sobre as condições da pessoa com deficiência.

O legislador atribuiu ao **Poder Executivo** a responsabilidade de desenvolver **instrumentos para a avaliação da deficiência** (art. 2º, §2º). Determinou-se um prazo de até dois anos para que a **certificação da deficiência** seja realizada por meio de uma **avaliação biopsicossocial** (art. 124). A regulamentação que estabelece a **avaliação biopsicossocial** deveria ter entrado em vigor desde janeiro de 2018 (art. 127).

A **implantação e implementação** dessa avaliação são urgentes para assegurar que as **políticas públicas** realmente atendam às necessidades das pessoas com deficiência, eliminando as **barreiras existentes** e promovendo uma **sociedade mais inclusiva**. Atualmente, a **avaliação da deficiência** ainda é realizada de maneira estritamente médica, o que não corresponde ao modelo biopsicossocial previsto pela **Lei Brasileira de Inclusão (LBI)**. Embora algumas políticas públicas tentem se alinhar a esse modelo, muitas ainda não estão em conformidade com as diretrizes da **LBI**.

Diante do exposto, fica evidente a importância e a urgência de implantar e implementar a **avaliação biopsicossocial** da deficiência. Esta ação é fundamental para garantir que as **políticas públicas** realmente atendam às necessidades das pessoas com deficiência de acordo com o conceito atual e abrangente de deficiência.

## **O Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência (SISNADEF)**

Para abordar as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência e promover uma inclusão efetiva, o **Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência (SISNADEF)** foi proposto pelo GT. Este sistema visa consolidar a **avaliação biopsicossocial** em todo o território nacional, garantindo uma metodologia padronizada e eficiente.

O processo de avaliação no SISNADEF se inicia com o **requerimento da avaliação**, que pode ser feito de maneira presencial, por telefone ou online. Nesta etapa, são coletadas as informações necessárias para o agendamento personalizado da avaliação. Além disso, o requerente escolhe a **data e o local mais convenientes** para a avaliação, conforme a disponibilidade do serviço. As vagas são distribuídas para uma equipe

especializada, previamente capacitada, garantindo que a avaliação seja realizada por profissionais capacitados.

No momento e local agendados, o usuário é avaliado por uma **equipe multidisciplinar**, formada por dois avaliadores com diferentes formações. Durante a avaliação, os profissionais aplicam o **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** para caracterizar a natureza do impedimento e seu grau de gravidade. Esta abordagem multidimensional assegura uma avaliação abrangente e padronizada, reconhecendo oficialmente a condição de pessoa com deficiência conforme os critérios da **Lei Brasileira de Inclusão**.

A implementação do SISNADEF traz diversos benefícios, tanto para as pessoas com deficiência quanto para a administração pública. Para os indivíduos, a **redução da burocracia** e a **unificação dos critérios** de avaliação representam um alívio significativo, eliminando a necessidade de múltiplas avaliações para acessar diferentes políticas públicas. Este sistema também promove a **dignidade e o respeito** às pessoas com deficiência, garantindo que suas condições sejam avaliadas de forma justa e abrangente.

Para a administração pública, o SISNADEF representa uma **melhoria na eficiência**, ao evitar a multiplicidade de esforços e recursos para a avaliação. A padronização das avaliações facilita o **monitoramento e a gestão** das políticas públicas da pessoa com deficiência, permitindo uma alocação mais eficaz dos recursos e uma resposta mais rápida às necessidades da população com deficiência.

A implementação do SISNADEF exige um **esforço conjunto** de diversos órgãos e entidades, incluindo o **futuro Comitê Gestor Nacional**, a **Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**, o **Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania**, e outros gestores de políticas públicas. Este esforço deve focar na implementação gradual do sistema e na **alteração das normativas vigentes** para que se alinhem ao conceito biopsicossocial de deficiência, eliminando as barreiras e garantindo a plena participação das pessoas com deficiência na sociedade.



## 1. Instrumento de Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência

Historicamente, o **modelo médico e individual** tem sido predominante na avaliação e comprovação da condição de deficiência, focando principalmente nas limitações e alterações do corpo considerado como desvio do padrão de normalidade. Esse modelo tem sido objeto de **debates e contestações** nas arenas políticas e entre ativistas e estudiosos dos direitos das pessoas com deficiência. O desafio constante é **confrontar, debater e transformar** esse modelo hegemônico vigente, promovendo uma abordagem que vai além da análise médica, incorporando uma visão ampliada do complexo fenômeno da deficiência.

O **modelo médico** tradicional é limitado por sua visão restrita, focando exclusivamente nos aspectos orgânicos da deficiência. Este modelo se centra no binômio **normalidade-anormalidade** do corpo, ignorando as influências dos fatores contextuais.

O **conceito contemporâneo de deficiência**, trazido pela **Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência** e pela **Lei Brasileira de Inclusão**, é o marco legal que exige a adoção de modelos, práticas e instrumentos de avaliação que permitam essa compreensão ampliada das **dimensões social, cultural e política** da deficiência pois está é um **conceito em evolução**, conforme o preâmbulo da própria Convenção.

A **experiência da deficiência** é permeada por **estigma, preconceito e opressão, e exclusão historicamente construídos** e é disto que se trata a luta pela mudança da hegemonia do modelo médico para o modelo social.

Por sua vez, o **modelo biopsicossocial**, introduzido pela **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)** e apoiado pela **Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência**, oferece uma perspectiva mais multidimensional alcançando o equilíbrio entre o modelo médico e social da deficiência.

Este modelo reconhece que a deficiência resulta da interação entre as **condições de saúde da pessoa** e os **fatores contextuais** (pessoais e ambiental). Portanto, a deficiência não é uma limitação inerente à pessoa, mas uma consequência de barreiras sociais e ambientais que restringem a participação plena na sociedade.

A adoção do modelo biopsicossocial pelo Estado permite uma compreensão ampliada das **dimensões social, cultural e política** da deficiência.

Adotar um **instrumento de avaliação** que seja aplicado por uma **equipe multiprofissional e interdisciplinar** é crucial para promover a mudança paradigmática para o **modelo biopsicossocial da deficiência**. Ao avançar nessa compreensão e modelo de avaliação, promove-se a equidade de acesso às políticas públicas e os **direitos humanos** das pessoas com deficiência.

O **Quadro 2**, a seguir, compara ambos os modelos.

**Quadro 2** – Diferença entre os modelos Biomédico e Biopsicossocial

Aspecto	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicossocial
<b>Abordagem</b>	Estritamente clínica e baseada em <b>padrões de normalidade física e mental</b>	Multidimensional, considerando <b>aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais</b>
<b>Objetivo</b>	Classificar e <b>catalogar a deficiência</b> baseada em critérios orgânicos	<b>Promover inclusão e acessibilidade</b> , reconhecendo a diversidade das experiências de deficiência
<b>Processo de Avaliação</b>	<b>Unilateral</b> , realizado por profissionais de saúde sem pensar no contexto do indivíduo	Colaborativo e interdisciplinar, envolvendo profissionais de várias áreas e o próprio indivíduo na identificação de necessidades e soluções
<b>Resultados</b>	Identificação da <b>deficiência como um estado intrínseco ao indivíduo</b>	Reconhecimento da <b>deficiência como interação entre as características do indivíduo e as barreiras do ambiente</b>
<b>Impacto nas Políticas Públicas</b>	Fomenta a criação de políticas baseadas em <b>assistencialismo e cuidados médicos</b>	Promove políticas de <b>empoderamento, inclusão e acessibilidade</b> , baseadas na participação social e na remoção de barreiras
<b>Visão do Indivíduo</b>	<b>Paciente</b> a ser tratado	<b>Cidadão com direitos</b> , cujas escolhas são fundamentais no processo de avaliação e na busca por soluções acessíveis

Em síntese, a **CIF**, a **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** e a **Lei Brasileira de Inclusão (LBI)** têm norteado o processo de construção do **instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência** no Brasil. A regulamentação

desse instrumento é, portanto, um compromisso e um desafio assumido pelo **Estado brasileiro**, visando promover uma sociedade mais inclusiva e justa onde as políticas públicas sejam baseadas na remoção de barreiras e na promoção da participação social das pessoas com deficiência.

## 1.1. Histórico de Construção do Instrumento de Avaliação da Deficiência no Brasil

O desenvolvimento do **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** está profundamente enraizado no contexto histórico e político da luta por direitos das pessoas com deficiência no Brasil. Desde a década de 1980, diversos movimentos sociais e organizações têm trabalhado para promover a inclusão e os direitos dessas pessoas, culminando em importantes marcos legislativos e normativos.

Em 2007, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva publicou o **Decreto s.n. de 26 de setembro**, instituindo um **grupo de trabalho** responsável por analisar todas as formas de caracterização da deficiência no âmbito do governo federal, com vistas a propor um **modelo unificado** inspirado pelos princípios e conceitos da **Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência**. Desde então, vários avanços subsequentes ocorreram – um esforço que reuniu técnicos governamentais, especialistas, pesquisadores e representantes de pessoas com deficiência para desenvolver um instrumento que fosse adequado, confiável e seguro, contemplando a realidade sociocultural, geográfica e econômica do Brasil (Di Nubila et al., 2011).

O processo de construção do **IFBrM** envolveu várias fases e dispositivos legais até a publicação do primeiro instrumento, nomeado **Índice de Funcionalidade Brasileiro**, em 2013 (Franzoi et al., 2013). Com a sanção da **Lei Brasileira de Inclusão** em 2015, o artigo 2º indicou que a avaliação da deficiência, quando necessária, deve ser **biopsicossocial** e realizada por uma **equipe multiprofissional e interdisciplinar**. Este dispositivo acrescentou uma nova camada de garantia legal para a continuidade do processo de construção, validação científica e finalização do instrumento.

A versão denominada **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** foi finalizada e validada pela **Universidade de Brasília (UnB)** em 2018 e 2019. Posteriormente, foi validada politicamente em reunião ordinária do **Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE)** do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, sendo aprovada em 10 de março de 2021.

O IFBrM foi desenvolvido com base na **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)** da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, e busca refletir as condições e necessidades específicas da população brasileira. Este processo incluiu a participação de especialistas de diversas áreas, incluindo saúde, educação, assistência social e direitos humanos, garantindo que o instrumento fosse abrangente e alinhado com os princípios do **modelo biopsicossocial**.

O desenvolvimento do IFBrM também levou em consideração a necessidade de um instrumento que pudesse ser aplicado de maneira uniforme em todo o país, reduzindo a heterogeneidade das avaliações da deficiência e garantindo que as pessoas não precisassem se submeter a múltiplas avaliações para acessar diferentes políticas públicas. A versão final do IFBrM foi projetada para ser usada por **equipes multiprofissionais** e para considerar no processo de avaliação a deficiência, os elementos que a compõem, incluindo **impedimentos nas funções e estruturas do corpo, fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, limitações no desempenho de atividades e restrições de participação**.

O processo de construção e validação do IFBrM representou um avanço significativo na forma como a deficiência é avaliada no Brasil. Ao adotar o **modelo biopsicossocial**, o IFBrM proporciona uma visão mais completa e inclusiva das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, para promover a **igualdade de direitos** e a **inclusão social**.

## **1.2. Estrutura e Uso do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M)**

O **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** é composto por uma matriz de atividades que avaliam a funcionalidade das pessoas em diversas áreas de suas vidas. A matriz inclui **39 atividades discriminantes** e **18 atividades não discriminantes**, baseadas nos domínios de atividade e participação definidos pela **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)** da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**.

A **entrevista semiestruturada** é uma parte essencial do processo de aplicação e uso do IFBrM. Ela permite que os avaliadores obtenham uma compreensão detalhada e contextualizada da funcionalidade da pessoa, investigando como ela realiza as atividades cotidianas, quais recursos e apoios estão disponíveis e como as barreiras ambientais impactam sua vida. A entrevista deve ser conduzida com **escuta e acolhimento**

**qualificados**, criando um ambiente de confiança onde a pessoa se sinta à vontade para compartilhar suas experiências e dificuldades.

Os avaliadores utilizam a entrevista para explorar a **triade de avaliação: a pessoa em ação em um contexto**. Isso envolve considerar a singularidade da pessoa, os impedimentos corporais de longo prazo, o desempenho nas atividades e as barreiras ambientais presentes no cotidiano.

Os avaliadores atribuem **pontuações de 25, 50, 75 ou 100** para cada atividade avaliada:

- **100**: A pessoa realiza a atividade com independência completa e autonomia total.
- **75**: A pessoa realiza a atividade de forma modificada ou com apoio de recursos de tecnologia assistiva.
- **50**: A pessoa depende parcialmente de ajuda de terceiros.
- **25**: A pessoa depende totalmente de ajuda de terceiros.

Caso a pessoa avaliada não realize uma atividade porque não quer, porque não faz parte de seu repertório cotidiano ou por motivos não relacionados aos impedimentos em funções e estruturas do corpo, o avaliador deve considerar a **capacidade potencial** da pessoa para realizar tal atividade.

Sempre que a pontuação for menor que 100 em qualquer atividade listada na matriz do IFBrM, os avaliadores devem registrar detalhadamente as barreiras enfrentadas, baseadas na lista de fatores ambientais da CIF, adaptada para a matriz:

1. **Produtos e tecnologia**: Refere-se a qualquer **produto, instrumento, equipamento ou tecnologia**, inclusive os adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa, bem como bens materiais e não materiais e patrimônio financeiro que a pessoa possa usufruir. Exemplos incluem cadeiras de rodas, próteses, dispositivos de comunicação, e adaptações tecnológicas em ambientes de trabalho e domésticos.
2. **Condições de habitação e mudanças ambientais**: Refere-se a elementos animados e inanimados dos **ambientes natural ou físico e dos componentes desse ambiente que foram modificados pelas pessoas**, bem como das características das populações humanas desse ambiente. Isso abrange as **modificações ou adaptações** disponíveis ou não para atender as necessidades

das pessoas com deficiência. Exemplo: rampas de acesso, elevadores, banheiros adaptados, iluminação adequada, e outras mudanças estruturais que facilitam a mobilidade e a segurança.

3. **Apoio e relacionamentos:** Refere-se à disponibilidade de **pessoas ou animais domésticos** de fornecer **proteção, apoio físico ou emocional**. Referem-se ao relacionamento com outras pessoas, na casa, na comunidade, escola ou apoio em outros aspectos das atividades diárias, como no trabalho.
4. **Atitudes:** Refere-se às **consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores e normas**, oriundas de pessoas externas à pessoa cuja situação está sendo considerada. Exemplos incluem preconceito, discriminação, capacitismo.
5. **Serviços, sistemas e políticas:** Serviços referem-se à **provisão de benefícios, programas estruturados e operações, em vários setores**. Sistemas referem-se ao controle administrativo e mecanismos de organização. Políticas referem-se a normas, regulamentos, convenções e padrões. Todos e ou cada um deles pode afetar a vida das pessoas com deficiência. Exemplos incluem serviços de saúde, programas de reabilitação, sistemas educacionais inclusivos, políticas de emprego, e legislações de acessibilidade, entre outros.

Esta melhor caracterização do grau de gravidade da deficiência, segundo a **redução de funcionalidade pelo impacto das barreiras na vida pessoa**, corrige a abordagem da condição de deficiência como doença, onde todas as pessoas com deficiência tipificada pelo diagnóstico têm acesso igual às políticas, independentemente da funcionalidade e das necessidades de mais apoio e suporte na vida cotidiana.

Após avaliadas as atividades, é aplicada a **lógica Fuzzy**<sup>2</sup> para balancear a pontuação dos avaliadores. O método **Fuzzy qualifica a avaliação**, permitindo considerar

---

<sup>2</sup> Início da nota. A lógica Fuzzy, também conhecida como lógica nebulosa, surge através da formulação da teoria dos conjuntos para gerar um "afrouxamento" da rigidez numérica da matemática clássica. Esse "afrouxamento" traz praticidade para modelamentos matemáticos. No IFBrM, o objetivo desta estratégia é introduzir um elemento qualitativo que permita balancear as 39 atividades por tipos de impedimentos, por situações emblemáticas do cotidiano do avaliado e pelo maior risco de restrição de participação em uma dada

**condições identificáveis de maior vulnerabilidade, fragilidade e risco.** Ele ajusta a pontuação atribuída aos itens mais relevantes na matriz de atividades e participação, valorizando o conjunto de atividades mais prejudicadas segundo cada tipo de impedimento corporal.

Depois é aplicado o **componente de ponderação**, que, conforme indicado no Documento "Proposta de Aprimoramento do IFBrM" (Vilela et al., 2023), visa **aprimorar a especificidade do instrumento na caracterização da gravidade** da deficiência. Este componente foi **construído a partir de análises estatísticas** do robusto banco de dados do processo de validação do IFBrM. Sua incorporação na categorização da gravidade visa **evitar iniquidades** entre os diferentes graus de caracterização da deficiência, focalizando melhor o público-alvo das políticas públicas (BERNARDES et al, 2024).

Depois chega-se a uma **pontuação final**, que, em cada faixa etária, corresponde a um grau de deficiência **leve, moderada ou grave**, segundo a régua de gravidade obtida na validação do IFBrM.

Portanto, o **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** é um avanço significativo na avaliação da deficiência no Brasil. Sua estrutura e metodologia, baseadas na tríade de avaliação, oferecem uma visão holística e contextualizada da funcionalidade das pessoas com deficiência. Ao incorporar tanto os impedimentos corporais quanto os fatores ambientais proporciona uma base sólida para a avaliação da deficiência de maneira mais precisa e justa. A metodologia do IFBrM, ao integrar a **lógica Fuzzy** e o **componente de ponderação**, assegura que as avaliações sejam adaptadas às realidades individuais das pessoas, considerando suas necessidades e contextos específicos.

---

atividade devido à dependência de terceiros. Para cada tipo de impedimento, alguns domínios afetam de maneira preponderante os efeitos da deficiência que o avaliado experiencia. A aplicação do modelo Fuzzy permite a atribuição de maior peso aos domínios principais de cada tipo de impedimento das funções e estruturas corporais. Cada tipo de impedimento prioriza dois domínios, uma questão emblemática e critérios particulares de reclassificação de acordo com as respostas às questões. Fim da nota.

### 1.3. Conclusão sobre a Análise e Finalização do IFBR-M

A sociedade brasileira clama pela regulamentação do **instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência** para a melhor defesa dos direitos das pessoas com deficiência. A responsabilidade do Estado brasileiro em criar esse instrumento é fundamental para assegurar esses direitos. O **Grupo de Trabalho Especializado de Aprimoramento do IFBrM** reconheceu, em seu relatório final, a importância do **acúmulo de conhecimentos** desde as primeiras discussões críticas sobre a necessidade de mudar do **modelo médico para o modelo biopsicossocial** da deficiência.

O relatório destacou o **aporte teórico do modelo biopsicossocial e dos direitos humanos**, que convoca à compreensão da experiência da deficiência como uma expressão máxima da opressão e do capacitismo. Além disso, enfatizou a **seriedade ética e científica** no trabalho de construção e validação do IFBrM pelos pesquisadores da Universidade de Brasília e a **validação política** pelo CONADE. As contribuições técnicas e científicas dos pesquisadores que assinam o Documento "Proposta de Aprimoramento do IFBrM" também foram essenciais para tarefa de análise do instrumento.

A regulamentação e institucionalização da avaliação biopsicossocial da deficiência por meio do uso do IFBrM trará benefícios significativos tanto para as pessoas com deficiência quanto para o Estado brasileiro. Primeiramente, haverá o **respeito constitucional ao conceito de deficiência** expresso na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Isso permitirá uma **transição paradigmática do modelo médico para o modelo biopsicossocial** e de direitos humanos, compreendendo a deficiência como um fenômeno multidimensional.

A adoção do IFBrM resultará na **redução do número de vezes que as pessoas com deficiência precisam requerer nova avaliação para acessar seus direitos**, com a emissão de uma certificação única e válida em todo o território nacional. Além disso, a regulamentação eliminará o retrabalho das equipes do Sistema Único de Saúde e a sobrecarga dos servidores da Previdência Social, atualmente responsáveis por múltiplas avaliações.

A **uniformização dos dados**, registrados em uma base integrada com as demais bases de dados do governo, permitirá a **geração de indicadores para o monitoramento e a implantação de políticas públicas** setoriais, eliminando barreiras à participação social e promovendo o direito à vida digna. A padronização dos critérios para avaliar e



caracterizar a deficiência garantirá justiça e equidade no reconhecimento da condição de deficiência e reduzirá os riscos jurídicos decorrentes das divergências entre os modelos de avaliações, minimizando a judicialização para se conseguir o acesso às políticas públicas.

Todo instrumento de avaliação é "vivo" e sujeito a melhorias. O IFBrM carrega essa qualidade como um valor intrínseco para acompanhar a própria evolução do conceito de deficiência, conforme indicado pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. O IFBrM será sempre objeto de melhorias por meio de revisões periódicas. Esses ajustes necessários deverão ser feitos progressivamente pelo **Comitê Gestor Nacional do Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência (SISNADEF)**, com diretrizes para o progressivo monitoramento de seu desempenho em diversos grupos étnico-raciais, faixas etárias, diferentes naturezas de impedimento corporal, e contextos social, geográfico, econômico e cultural.

Frente ao exposto, conclui-se que a **capacidade do IFBrM de avaliar a condição de deficiência na perspectiva biopsicossocial**, por respeitar as determinações legais vigentes no Brasil e incorporar a compreensão contemporânea da deficiência como um marcador de desigualdade social, **torna sua aplicação exequível na população brasileira**. Isso permitirá um acesso ágil e simplificado às ações afirmativas e benefícios que dependem da certificação da deficiência para fins de reconhecimento de direitos e de planejamento e gestão das Políticas Públicas.

## 2. Estrutura de Governança e Responsabilidades

Estabelecer uma **estrutura robusta de governança** para a **avaliação biopsicossocial unificada** é fundamental para sua **operação eficiente** e para assegurar a **aderência às normas e políticas estabelecidas**. A **estrutura administrativa e de gestão** inclui a formação de **comitês gestores** e a definição de **responsabilidades essenciais** para o desenvolvimento e implantação do Sistema. Além disso, é crucial a **colaboração e coordenação** entre diferentes níveis governamentais e institucionais. A governança abrange a **gestão de recursos humanos, financeiros e orçamentários**, bem como o acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação.

A proposta inclui a criação de um **Comitê Gestor Nacional do Sistema de Avaliação da Deficiência (CGN)** e estruturas regionais de governança, como **comitês estaduais, regionais ou municipais**. Além disso, um comitê consultivo formado por **especialistas e representantes de pessoas com deficiência** deve prestar assessoria técnica e científica ao CGN.

### 2.1. Responsáveis pela Operacionalização do SISNADEF

A proposta do GT é de que a operacionalização da avaliação seja conduzida inicialmente por equipes multiprofissionais da Previdência Social, do INSS e da Saúde, selecionadas por sua **capilaridade, interiorização e abrangência** em termos quantitativos de profissionais em todo o território nacional. As equipes de avaliação da **Saúde** nos municípios e os profissionais do **INSS** e da **Previdência Social** possuem ampla presença e capacidade de atendimento, necessárias para alcançar uma população diversificada e geograficamente dispersa. Essa capilaridade garante que a avaliação biopsicossocial possa ser implementada de forma abrangente e eficiente.

Além disso, vale destacar que o **INSS** traz uma experiência de 15 anos na avaliação e caracterização da deficiência com base na **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**, agregando conhecimento valioso ao processo de estruturação e implementação do SISNADEF. Esta longa experiência contribui significativamente para a efetividade do sistema.

A escolha das equipes da **Saúde** se justifica pela sua disponibilidade nos municípios e pela lógica do **SUS** de atenção integral à saúde das pessoas com deficiência. A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD)**

visa "promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, ampliando o acesso ao cuidado integral no SUS e articulando-se com outras políticas intersetoriais". Os eixos da **PNAISPD** mais relevantes para o SISNADEF incluem a **promoção da saúde e prevenção de agravos** em todos os ciclos de vida (Eixo I), a **formação e educação permanente em saúde na perspectiva do modelo biopsicossocial** (Eixo III), e a **articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional** (Eixo IV),

Dessa forma, esses eixos alinham-se com a definição de pessoas com deficiência conforme a **Convenção** e a **LBI**, focando nas condições ambientais e contextuais. A integração dos profissionais das áreas da saúde e assistência social é essencial para implementar uma **abordagem biopsicossocial** que promove a autonomia, qualidade de vida e inclusão social das pessoas com deficiência.

Por fim, cabe destacar que as equipes da **Assistência Social** devem ser encarregadas de **divulgar o SISNADEF** junto às pessoas com deficiência no território, constituindo-se em **referência para informações** e atuando como ponto físico para **auxiliar o agendamento** das pessoas com dificuldades ou sem acesso aos canais remotos.

## 2.2. Funções do Comitê Gestor Nacional

Constituído pelos principais órgãos responsáveis pela gestão e operacionalização da política, o CGN desempenha várias funções estratégicas, garantindo a eficácia e a conformidade do SISNADEF. Dentre elas, destacam-se as seguintes:

1. **Pactuação e Adesão:** Facilitar a adesão de estados, municípios e do Distrito Federal ao SISNADEF, promovendo um sistema unificado.
2. **Plano de Implantação:** Definir um plano de implantação gradual da avaliação biopsicossocial unificada, considerando os recursos disponíveis.
3. **Avaliação e Monitoramento:** Estabelecer mecanismos para garantir a qualidade e eficiência do sistema.
4. **Revisão dos Marcos Legais:** Acompanhar a revisão dos atos normativos e políticas para incorporar o novo modelo de avaliação biopsicossocial.
5. **Formação e Habilitação:** qualificar os profissionais responsáveis pela avaliação por meio de uma rede de formação nacional.

6. **Articulação e Incidência Política:** Promover a adesão ao modelo biopsicossocial e minimizar a judicialização dos resultados da avaliação.

### 2.3. Principais desafios de Governança

A implementação da avaliação biopsicossocial unificada da deficiência representa um desafio significativo de institucionalização de uma **política pública intersetorial e interfederativa em direitos humanos**, que requer a cooperação de diversos atores. Este esforço envolve a colaboração de **governos federal, estaduais e municipais**, bem como a participação de **entidades da sociedade civil**.

A complexidade deste processo reside na necessidade de garantir a adesão e o engajamento de todos os envolvidos, assegurando a **efetividade, transparência e sustentabilidade** do sistema. Além disso, após a implementação, é essencial **alinhar as políticas públicas** ao novo modelo de avaliação biopsicossocial unificada, prevenindo conflitos e judicializações, e promovendo uma mudança de paradigma social para apoiar e validar o novo sistema. O **Quadro 3** sintetiza os principais desafios de governança da avaliação biopsicossocial unificada da deficiência.

**Quadro 3** – Principais desafios de Governança da Avaliação

Tema	Desafio	Soluções
<b>Adesão dos Estados e Municípios</b>	Garantir a adesão compulsória conforme previsto na Constituição Federal e na LBI.	Promover atividades de sensibilização e desenvolver um plano de implementação com cronogramas, responsabilidades, recursos e metas específicas.
<b>Incentivos Orçamentários e Financeiros</b>	Fornecer incentivos para adesão ao SISNADEF durante o período de implantação.	Identificar fontes de financiamento diversificadas e estabelecer um orçamento anual para o SISNADEF.
<b>Complexidade da Gestão Interfederativa e Intersectorial</b>	Criar um sistema de governança articulado e monitorado pelo CGN.	Utilizar metodologias de gestão de projetos e estabelecer um comitê de coordenação interinstitucional.
<b>Sustentabilidade Operacional</b>	Manter a relevância e a evolução do SISNADEF a longo prazo.	Investir na formação contínua dos profissionais, adotar tecnologias

Tema	Desafio	Soluções
		inovadoras e expandir a rede avaliadora.
<b>Criação de Mecanismos de Transparência</b>	Promover o acompanhamento e o controle social das políticas públicas.	Divulgar relatórios de progresso e implementar sistemas de informação para gestão de dados.
<b>Adequação das Políticas Públicas</b>	Assegurar conformidade com a regulamentação do IFBrM.	Realizar avaliações piloto e estabelecer critérios simplificados para reavaliações periódicas.
<b>Prevenção de Conflitos e Redução de Judicialização</b>	Atualizar periodicamente o IFBrM para garantir relevância e antecipar conflitos.	Coletar feedback do público e estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação.
<b>Mudança de Paradigma no Poder Judiciário</b>	Disseminar o modelo biopsicossocial de avaliação.	Promover a compreensão do conceito contemporâneo de deficiência junto ao Judiciário e colaborar com o Ministério Público e Defensoria Pública.

Esses desafios requerem uma **abordagem estratégica e colaborativa** para garantir a eficácia da implantação do SISNADEF e o cumprimento de seu papel no suporte e proteção das pessoas com deficiência no Brasil.

### 3. Formação e habilitação das equipes avaliadoras

A **formação e habilitação** das equipes avaliadoras que aplicarão o **IFBrM** é fundamental para qualificação e garantir a correta aplicação dos critérios de pontuação da matriz. Isso traduz a redução de funcionalidade decorrente da interação entre os elementos envolvidos: **impedimentos de longo prazo**, **barreiras contextuais** (físicas, sociais e atitudinais) e **fatores pessoais**.

Para alcançar a prática profissional desejada, é crucial adotar **diretrizes curriculares mínimas** na formação e habilitação de profissionais de nível superior com graduação nas áreas da **saúde** e/ou **assistência social**, para compor as equipes de avaliadores e certificadores da condição de deficiência por meio da **avaliação biopsicossocial unificada** utilizando o IFBrM.

Além disso, para mitigar as dificuldades de acesso dos cidadãos com deficiência aos locais de avaliação, é relevante constituir **equipes multiprofissionais** que tenham proximidade e familiaridade com a **realidade sociocultural e geográfica** dos territórios de moradia dos usuários. Portanto, é necessário criar uma **rede territorializada** que atenda plenamente às necessidades dos usuários e estabelecer o **conteúdo programático mínimo** para a formação e habilitação dos profissionais avaliadores.

A implementação do **SISNADEF** exige uma abordagem **abrangente e bem estruturada** das equipes avaliadoras. Devido à complexidade do sistema e à diversidade das necessidades das pessoas com deficiência, é essencial que as **estratégias de formação** sejam cuidadosamente planejadas e executadas.

Nesse sentido, durante o ano de 2024, foram debatidos nos GTE de Instrumento e de Sistemas diversos itinerários formativos para a habilitação de formadores e avaliadores da deficiência para uso e aplicação do **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)** considerando carga horária teórica, prática e de tutorias como estratégias pedagógicas das etapas do itinerário formação, habilitação e educação continuada.

#### 3.1. Proposta de Matriz Curricular

O conteúdo programático da formação deve refletir os **saberes e conhecimentos contemporâneos sobre o fenômeno da deficiência**, proporcionando uma formação específica continuada, qualificação e habilitação desses profissionais, bem como

conhecimento do ordenamento jurídico brasileiro e das responsabilidades legais e éticas do avaliador. Assim, a formação de avaliadores deve contemplar os seguintes tópicos:

**Quadro 4** – Conteúdo da Formação

Tema	Descrição
<p><b>Conceitos e Modelos da Deficiência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conceito contemporâneo da deficiência:</b> A deficiência não é mais tratada como um atributo do indivíduo, decorrente de uma doença, mas um conjunto complexo de situações determinadas pela relação entre o ser humano com suas características específicas e seu ambiente social.</li> <li>• <b>Modelos da deficiência:</b> Estudo do modelo social e modelo biopsicossocial da deficiência, focando na ideia de que a sociedade e a cultura são determinantes para o fenômeno de exclusão e opressão da pessoa com deficiência. O modelo biopsicossocial aborda a deficiência como um processo dinâmico de interação entre a pessoa e seu contexto social, cultural, ambiental, físico e atitudinal.</li> </ul>
<p><b>Contexto Jurídico e Políticas Públicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ordenamento jurídico brasileiro:</b> Leis e regulamentações para acesso às políticas públicas, incluindo a Lei Brasileira de Inclusão (LBI).</li> <li>• <b>Histórico da construção do instrumento brasileiro de avaliação da deficiência:</b> Cenário político e científico para a construção do IFBrM e a luta por sua regulamentação como instrumento de avaliação biopsicossocial unificada da deficiência.</li> <li>• <b>Certificação da condição de deficiência:</b> Procedimentos para certificação e acesso a políticas públicas e ações afirmativas, assegurando direitos e benefícios.</li> </ul>
<p><b>Interseccionalidade e Diversidade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interseccionalidade:</b> Teoria e ferramenta analítica que permite compreender como múltiplas dimensões da diversidade humana, como raça, classe, gênero, capacidade, território, geração etc. interagem nas relações sociais e posicionam sujeitos em dinâmicas de isolamento social, exclusão, preconceito, de múltiplas vulnerabilizações e violências. Análise de como se dá o acesso a direitos sociais e às políticas universais e das barreiras adicionais de acesso a</li> </ul>

Tema	Descrição
	<p>mulheres, LGBTQIA+, pessoas negras, indígenas, ribeirinhas, em situação de rua e outras com deficiência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitismo:</b> Compreensão do preconceito originado a partir da condição de se experimentar uma deficiência, vinculado à ideia de menor valor social e capacidade presumida das pessoas com deficiência. Impacto no cotidiano de pessoas com deficiência, nas suas relações sociais e em ambientes educacionais, de saúde entre outros. Conscientização para identificar e combater ao preconceito e discriminação contra pessoas com deficiência.</li> </ul>
<p><b>Práticas Profissionais e Ética</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escuta qualificada e acolhimento (tecnologias leves):</b> Técnicas de escuta ativa e acolhimento para promover um encontro centrado no sujeito e suas necessidades, modos de vida e subjetividades.</li> <li>• <b>Horizontalidade e trabalho colaborativo:</b> Práticas de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, promovendo a cooperação e a igualdade entre profissionais.</li> <li>• <b>Deficiência e Ética do Cuidado:</b> Relação entre funcionalidade, dependência e experiência da deficiência, cuidado e o papel do cuidador, incluindo estratégias de suporte e assistência. Para alcançar a justiça social, o cuidado deve ser visto como direito e partilhado equitativamente entre estado, família, sociedade e entidades privadas.</li> <li>• <b>Atribuições e responsabilidades legais e éticas:</b> Responsabilidades do profissional avaliador no contexto legal e ético, garantindo a integridade e a conformidade com as normas para compor a equipe multiprofissional e interdisciplinar do SISNADEF na rede territorializada.</li> <li>• <b>Importância da formação continuada:</b> Necessidade de atualização constante e educação continuada para os avaliadores do SISNADEF, promovendo o desenvolvimento profissional contínuo.</li> </ul>
<p><b>Avaliação e Classificação da Deficiência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF):</b> Introduce um novo paradigma para retratar os aspectos de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas, incorporando, pela primeira vez, os</li> </ul>



Tema	Descrição
	<p>aspectos de contexto como determinantes da funcionalidade e da incapacidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fundamentos teórico-conceituais e práticos do IFBrM:</b> Aporte teórico-prático do IFBrM na avaliação da deficiência, incluindo métodos e procedimentos.</li> <li>• <b>Matriz de pontuação e interpretação dos resultados:</b> Método de pontuação e análise dos resultados obtidos com o IFBrM, incluindo critérios e escalas de avaliação.</li> <li>• <b>Grau de gravidade da deficiência:</b> Avaliação da redução da funcionalidade da pessoa com deficiência em interação com as barreiras contextuais, classificando a deficiência como leve, moderada ou grave.</li> </ul>

A formação deve refletir os **saberes e conhecimentos contemporâneos sobre o fenômeno da deficiência**, proporcionando uma formação específica continuada, qualificação e habilitação desses profissionais, bem como conhecimento do ordenamento jurídico brasileiro e das responsabilidades legais e éticas do avaliador.

### 3.2. Carga Horária e Modalidades de Formação

Os **formadores** serão profissionais da equipe multiprofissional e interdisciplinar de saúde e assistência social, habilitados e certificados pela equipe de coordenadores nacionais, e considerados como multiplicadores. Já os **avaliadores** serão profissionais de nível superior, atuando nas áreas de saúde, assistência e previdência, habilitados e certificados para a realização da avaliação biopsicossocial da deficiência, e devidamente cadastrados no SISNADEF. Feita esta distinção, propõe-se a seguinte carga horária:

1. **Formadores:** no mínimo 160 horas, em conformidade com o Decreto nº 5.154/2004, que trata da formação inicial e continuada de trabalhadores. Deste total, 80 horas correspondem a conteúdos teóricos, e o restante a prática supervisionada em serviço.
2. **Avaliadores:** carga horária mínima de 40 horas, na modalidade de curso de capacitação. Estudos posteriores, a cargo do comitê Gestor e da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, deverão estabelecer a carga adequada para contemplar todos os aspectos necessários da formação.

### 3.3. Plano Gradual de Formação

A formação deve ser realizada em múltiplas fases, cada uma com o objetivo de formar um grupo cada vez maior, até que se atinja todo o território nacional. O conteúdo em todas elas deve ser **seguro, confiável, padronizado e assimilável**. No **Quadro 5** abaixo, detalhamos as fases de expansão propostas.

**Quadro 5** - Fases de Expansão da Formação

Fase	Detalhes
<b>Formação de Coordenadores Nacionais</b>	Alinhamento e qualificação de <b>12 coordenadores nacionais</b> ligados diretamente à SNDPD ou indicados por ela, com notória experiência na temática.
<b>Formação de Tutores Regionais</b>	Formação de até <b>120 tutores regionais</b> , divididos por seis regiões de abrangência nacional, totalizando <b>20 tutores por região (2 polos formadores em cada região)</b> .
<b>Formação de Tutores Locais</b>	Formação de <b>1.200 formadores</b> , conduzida pelos tutores regionais, com apoio dos coordenadores nacionais. Esta fase ocorrerá regionalmente de forma presencial nas seguintes cidades: Brasília e Campo Grande; Belém e Manaus; Salvador e Recife; Florianópolis e Porto Alegre; São Paulo e Santos; Belo Horizonte e Rio de Janeiro.
<b>Formação de Profissionais Avaliadores</b>	Capacitação de <b>12.000 profissionais avaliadores</b> . Cada tutor local capacitará <b>10 avaliadores</b> em sua região, além de prestar orientação e suporte técnico por um período de cinco meses.

### 3.4. Metodologia de Formação, Habilitação e Qualificação

A metodologia visa ganhar em escala, atingindo um número significativo de profissionais avaliadores, além de garantir **qualidade na formação**, que deve prever espaços para orientações, supervisões e esclarecimentos de dúvidas, tanto presenciais quanto remotas, durante a realização das primeiras avaliações para certificação.

### 3.5. Aspectos Orçamentários para a Formação

O sucesso dessa implementação dependerá de uma **dotação orçamentária adequada** e de **pactuações** com entes federados e gestores estaduais. Os custos de formação serão compartilhados entre:

- Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (**MDHC**)
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (**MDS**)
- Ministério da Saúde (**MS**)
- Ministério da Previdência Social (**MPS**)
- Instituto Nacional do Seguro Social (**INSS**)
- Secretarias Estaduais de Saúde, Previdência e Assistência Social

A formação poderá ser apoiada por **organismos internacionais**, que contribuam para a sustentabilidade e a eficácia do SISNADEF.

## 4. Sistema de TI

Nesta seção, são propostos os **requisitos básicos da plataforma tecnológica** destinada a suportar e integrar todo o processo de avaliação biopsicossocial. Este sistema é fundamental para a implementação eficaz da política pública, assegurando que as pessoas com deficiência acessem uma **avaliação justa e abrangente**, que reflita suas necessidades específicas e contextos de vida.

O sistema proposto visa garantir **acessibilidade e conveniência**, oferecendo **múltiplas modalidades para o requerimento da avaliação**: presencial, telefônica e online. Cada modalidade deve atender às diversas necessidades dos usuários, permitindo que escolham o canal que melhor se adeque às suas condições particulares. Através dessa plataforma, os usuários poderão submeter seus requerimentos, agendar as avaliações necessárias, que serão conduzidas por equipes especializadas e treinadas no uso do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), em suas regiões de moradia.

Além disso, esse sistema deverá ser a porta de entrada para acesso descomplicado e integrado aos direitos e serviços. A explanação dos componentes do sistema que se segue visa evidenciar a **aplicação estratégica da tecnologia e inovação** para o atendimento eficiente das **necessidades das pessoas com deficiência**, equipando-as com as ferramentas para uma integração social e cidadã plena.

A arquitetura do sistema de TI do SISNADEF é guiada por princípios essenciais: **acessibilidade**, garantindo usabilidade para todos os usuários; **interoperabilidade**, assegurando a integração com outros sistemas governamentais; **segurança e privacidade**, protegendo rigorosamente os dados dos usuários; **usabilidade**, com uma interface intuitiva; **sustentabilidade**, otimizando o uso de recursos e a operação ao longo do tempo; e **escalabilidade**, permitindo que o sistema se adapte e expanda conforme a demanda, mantendo sua performance e qualidade do serviço.

### 4.1. Principais Módulos e Funcionalidades

A arquitetura de TI para o SISNADEF será composta por diversos módulos integrados que cobrirão todas as etapas do processo de avaliação biopsicossocial, desde o requerimento inicial até a certificação da deficiência e o monitoramento das políticas públicas. O sistema incluirá um **Módulo de Requerimento**, permitindo que os usuários

façam solicitações de avaliação de forma presencial, telefônica ou online. Também contará com um **Módulo de Cadastro**, onde serão registrados e gerenciados os perfis dos funcionários e locais de atendimento, garantindo que as informações de certificação e agendamento estejam sempre atualizadas e acessíveis.

Além disso, um **Módulo de Agendamento** permitirá aos usuários escolherem datas e locais para avaliações, com opções de reagendamento e cancelamento. O **Módulo de Avaliação** oferecerá uma interface segura para que os avaliadores documentem os resultados usando o IFBrM. Após a avaliação, o **Módulo de Certificação** gerará certificados digitais e impressos com integração de QR Code para validação. Um **Módulo de Recursos** possibilitará a gestão de recursos aos resultados das avaliações, com interfaces para revisão de casos. O sistema também incluirá funcionalidades de **Monitoramento e Transparência**, com indicadores e painéis para análise de dados agregados e relatórios automáticos sobre o desempenho da política pública. Por fim, serão implementados requisitos de **Integração e Interoperabilidade**, como APIs seguras para acesso a dados, autenticação integrada ao Gov.BR, padrões de dados abertos e sincronização de informações, garantindo que todas as comunicações e acessos sejam protegidos e registrados para auditorias de segurança e conformidade normativa.

## 4.2. Etapas do Desenvolvimento

O desenvolvimento do sistema de TI deve ser realizado em várias fases, com incrementos graduais. É essencial assegurar os recursos orçamentários e financeiros necessários antes da efetiva implementação do sistema, garantindo a viabilidade e sustentabilidade do projeto. O processo inicia-se com o **planejamento e análise de requisitos**, onde serão definidos os requisitos funcionais e não funcionais através de workshops com as partes envolvidas e análise das diretrizes de políticas públicas. Em seguida, na fase de **desenvolvimento inicial e prototipagem** serão criados protótipos funcionais dos módulos prioritários, como os de Cadastro e Avaliação, utilizando metodologias ágeis e ajustando funcionalidades com base nas opiniões dos usuários.

A fase seguinte é o **desenvolvimento e integração dos módulos restantes**, garantindo a interoperabilidade e segurança de dados. Após a integração, uma **implementação piloto** será realizada em ambiente controlado para avaliar a funcionalidade em cenários reais, com monitoramento intensivo e coleta de dados operacionais. O **treinamento e capacitação** de todos os usuários finais e administradores

será conduzido através de materiais de treinamento e sessões práticas. Finalmente, o **lançamento nacional e operação contínua** implementará o sistema progressivamente por regiões, com suporte técnico contínuo e monitoramento regular para assegurar desempenho e conformidade. O processo será complementado por um **monitoramento e melhoria contínua**, revisando periodicamente o sistema e implementando melhorias conforme necessário.

## 5. Indicadores para monitoramento da política

O monitoramento e a avaliação contínua são fundamentais para garantir a eficácia e a melhoria constante do SISNADEF. Indicadores bem definidos permitem acompanhar o desempenho do sistema, identificar áreas que necessitam de ajustes e assegurar que os objetivos de inclusão e atendimento às pessoas com deficiência sejam alcançados. A implementação de um conjunto robusto de indicadores possibilitará uma análise detalhada do **impacto social, econômico e operacional do sistema**, promovendo a **transparência e a responsabilidade na gestão** das políticas públicas voltadas para a deficiência.

Os indicadores apresentados no **Quadro 6** não são exaustivos, mas visam abranger diversos aspectos do SISNADEF, incluindo a **satisfação dos usuários**, a **eficiência dos instrumentos de avaliação**, o **desempenho dos avaliadores** e a **eficácia do processo de avaliação**. Esses indicadores fornecerão dados essenciais para a tomada de decisões informadas, permitindo a adaptação e o aprimoramento contínuo das políticas e práticas implementadas pelo sistema.

**Quadro 6** – Principais Indicadores de Monitoramento

Tema	Indicadores
<b>Satisfação das Partes Interessadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de satisfação dos usuários com o processo de avaliação e certificação.</li> <li>• Taxa de satisfação dos profissionais envolvidos no processo.</li> <li>• Taxa de satisfação dos gestores públicos em relação à eficácia e eficiência do instrumento.</li> </ul>
<b>Desempenho do Instrumento de Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de certificação por gênero, raça/cor, etnia, idade e situação social.</li> <li>• Proporção de pessoas com diferentes tipos de deficiência certificadas.</li> <li>• Taxa de cobertura da população-alvo.</li> <li>• Taxa de certificação em relação ao número total de avaliações realizadas por região.</li> <li>• Distribuição percentual das diferentes deficiências entre as pessoas avaliadas e certificadas por região, desagregado por gênero, raça/cor e etnia, idade.</li> </ul>

Tema	Indicadores
<b>Desempenho dos Avaliadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de concordância entre avaliadores independentes.</li> <li>• Taxa de avaliações recursais resultando em certificação da deficiência.</li> <li>• Número de avaliações resultando em certificação da deficiência por profissional avaliador.</li> <li>• Número de avaliações resultando em indeferimento por profissional avaliador.</li> <li>• Taxa de rotatividade de profissionais avaliadores.</li> <li>• Proporção de profissionais avaliadores em relação à população atendida por estado e município.</li> </ul>
<b>Eficiência do Processo de Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de tempo de espera para avaliação por região.</li> <li>• Média da distância em quilômetros entre a residência dos usuários e o local de avaliação.</li> <li>• Proporção de reavaliações em relação ao número total de avaliações.</li> <li>• Taxa de ausência dos usuários em relação ao número de avaliações agendadas.</li> <li>• Número de reagendamentos realizados por período.</li> </ul>

Essas dimensões e seus respectivos indicadores fornecerão **uma visão abrangente do funcionamento do SISNADEF**, permitindo ajustes precisos e baseados em evidências para garantir que o sistema atenda de maneira eficaz às necessidades das pessoas com deficiência.



## 6. Plano de Comunicação

Um plano de comunicação eficiente é essencial para a implementação bem-sucedida do SISNADEF. A comunicação transparente com todas as partes interessadas, incluindo governos, profissionais de saúde, pessoas com deficiência e o público em geral, é fundamental para garantir a **compreensão, adesão e apoio** ao sistema e a certificação unificada da condição de deficiência. O plano de comunicação do SISNADEF deve ter como objetivo principal promover a **transparência**, o **entendimento** e o **engajamento** de todos os envolvidos, assegurando que as funcionalidades e os benefícios do SISNADEF sejam amplamente conhecidos e compreendidos.

A abordagem do plano de comunicação do SISNADEF deve ser estruturada para alcançar uma ampla audiência através de **múltiplos canais e formatos de comunicação**. Isso inclui campanhas de **sensibilização e educação**, parcerias estratégicas, capacitação contínua e mecanismos robustos de transparência. As informações divulgadas sobre o SISNADEF devem ser acessíveis e compreensíveis, utilizando meios como websites, folhetos informativos, vídeos explicativos, incluindo recursos de acessibilidade comunicacional, além de promover sessões ou eventos de esclarecimento tanto presenciais quanto virtuais. A criação de mecanismos de **feedback** também é essencial para incorporar as opiniões e sugestões das partes interessadas, garantindo que o sistema atenda às suas necessidades e expectativas.

As **mensagens-chave do plano** de comunicação são: **inclusão e direitos**, promovendo a equidade e os direitos humanos das pessoas com deficiência; **modelo biopsicossocial**, considerando as barreiras contextuais e buscando uma avaliação integral; **acesso às políticas públicas**, facilitando o acesso a direitos e benefícios previstos em lei; e **participação social**, envolvendo a participação de múltiplos atores e a colaboração entre diferentes setores da sociedade.

A estratégia de comunicação do SISNADEF deve garantir a **transparência** e o **acesso à informação**, disponibilizando dados em formatos acessíveis, como websites, folhetos informativos, vídeos explicativos com legendas, tradução e interpretação em Libras e audiodescrição. Além disso, campanhas de **sensibilização e educação** são necessárias para destacar a importância da certificação unificada e equitativa da deficiência, promovendo a compreensão dos direitos e benefícios acessíveis por meio do sistema.

O **engajamento das pessoas com deficiência** deve ser fomentado através de parcerias com **organizações da sociedade civil, instituições de ensino, profissionais de saúde e gestores públicos**. Consultas públicas e audiências são importantes para ajustar o sistema conforme as necessidades locais. Flexibilidade e adaptação também devem ser comunicadas, destacando que o SISNADEF está aberto a ajustes contínuos e melhorias conforme as necessidades e os conceitos sobre a deficiência evoluem.

**Para a população com deficiência**, deve-se produzir **materiais informativos** acessíveis, desenvolver **plataformas digitais facilitadoras** e realizar campanhas de sensibilização. Para a sociedade em geral, utilizar **campanhas publicitárias** em diversos meios, participar de **eventos públicos** e produzir materiais informativos distribuídos em locais estratégicos. Os **servidores públicos precisam de treinamentos contínuos**, divulgação via intranets e manuais práticos. **Gestores de políticas** devem ser orientados através de reuniões estratégicas e relatórios de progresso. Profissionais de saúde e assistência social necessitam de workshops, parcerias educacionais e publicações científicas sobre o SISNADEF.

Os canais de comunicação incluem websites dedicados, redes sociais governamentais, materiais impressos em locais estratégicos, programas de rádio e televisão, sessões de informação e capacitação em conselhos de direitos, consultas públicas e audiências participativas, e sessões informativas para gestores públicos das três esferas e do Poder Legislativo e Judiciário.

## 7. Propostas para Regulamentação e Revisão de Atos Normativos

Partindo dos resultados das atividades do **Grupo Técnico Especializado (GTE) em Revisão de Atos Normativos**, apresentam-se linhas gerais para a do **art. 2º da Lei nº 13.146/2015**, definindo um **instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência** único para todo o país.

O **Decreto nº 11.487, de 2023**, em seu art. 2º, inciso III, já definiu como competência do GT avaliar e finalizar o **Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)**, considerando as especificidades do ato normativo da **Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência**. Durante os trabalhos do GT, o nome do instrumento foi alterado para **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)**, adequando-o ao aperfeiçoamento realizado, sem afetar seu processo de validação, que já fora concluído pela **Universidade de Brasília (UnB)**.

Propõe-se a edição de norma que traga conceitos e definições acerca dos arranjos de governança, instrumentos de implementação e avaliação, e formas de operacionalização, além da indicação dos órgãos envolvidos e suas competências, de maneira a ter-se fundamentos básicos para a implementação da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência. Ainda, destaca-se a importância de garantir abordagens interdisciplinares e centradas na pessoa para promover uma sociedade mais inclusiva.

Além da proposta de criação de nova norma para regulamentar a avaliação biopsicossocial da deficiência, o GTE realizou estudos para identificar a necessidade de revisão de **normas federais com impacto direto na implantação e implementação** da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. O trabalho consistiu na **identificação das necessidades de revogação e ou alterações de normas vigentes** que impactem o sistema ora proposto. Ressalta-se que não compete a este Grupo de Trabalho discutir o mérito das políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência, mas apenas verificar a necessidade de alterações normativas para a efetiva implementação do modelo unificado de avaliação biopsicossocial da deficiência, em conformidades com as competências definidas pelo art. 2º do Decreto nº 11.487, de 10 de abril de 2023.

Dos **134 atos analisados, 91 não necessitam de alterações ou revogações**. No entanto, **40 atos foram identificados como necessitando de alteração ou revogação**, enquanto **3 requerem verificação adicional**.

Especificamente, a análise revelou que dos **50 decretos** verificados, **14 necessitam de alterações ou revogações** e **36 não** precisam de mudanças. Entre as **80 leis** revisadas, **25 precisam de alterações ou revogações** e **3 requerem verificação complementar**. A análise também incluiu a Constituição Federal, um Decreto Legislativo, um Despacho Presidencial e uma Lei Complementar, dos quais apenas a Lei Complementar necessita de alteração.

Durante os trabalhos, observou-se a necessidade de identificar **incompatibilidades nas normas** que estabelecem políticas públicas para pessoas com deficiência em nível federal. Diferenças nas formas de avaliação geram insegurança jurídica e impactam negativamente a efetividade do novo modelo proposto pelo GT. Assim, os estudos identificaram leis e decretos com dispositivos que tratam de:

1. Conceituar deficiência;
2. Classificar ou reconhecer tipo de deficiência; e
3. Definir forma de avaliação ou comprovação de deficiência.

Os trabalhos iniciaram com um mapeamento realizado pela Casa Civil da Presidência da República (CC/PR), depois aprimorado pela Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, do MDHC. No total, foram **analisadas mais de cem leis e decretos federais**.

Durante as análises, **foi avaliado se as normas eram compatíveis com o modelo de avaliação biopsicossocial**. Normas consideradas incompatíveis receberam propostas de alteração ou revogação, dependendo do caso específico.

O estudo buscou verificar o impacto sem adentrar nas regras das políticas públicas, que são competências dos respectivos órgãos gestores. Entende-se que o aperfeiçoamento dos quesitos de cada política pública deve ser analisado posteriormente para adequação delas ao modelo biopsicossocial, por um esforço conjunto da SNDPD, do Comitê Gestor Nacional e dos órgãos responsáveis por cada política. Ante isso, a intervenção foi mínima no arcabouço normativo existente.

Cabe ao Grupo de Trabalho e seus GTEs elaborar propostas. Se a norma não abordasse método diferente de avaliação da deficiência ou se o método fosse compatível com as diretrizes do art. 2º da **Lei nº 13.146/2015**, não se recomendava alteração. Todavia, para normas que estipulassem avaliações em desacordo com o modelo estabelecido pelo art. 2º da Lei nº 13.146/2015, recomendava-se sua revisão para alteração ou revogação.

Por fim, propõe-se que, em diversos casos, apenas deve-se alterar de forma a se referenciar o art. 2º, §§1º e 2º da Lei nº 13.146, de 2015, e não exatamente à nova regulamentação a ser editada.

## 8. Projetos de Leis em tramitação no Congresso Nacional

Foram realizados também estudos sobre **projetos de leis** em tramitação no Congresso Nacional que tenham **impacto negativo na implantação e implementação da avaliação biopsicossocial**. Os levantamentos foram trazidos pelos representantes da Câmara e no Senado Federal, atuantes como convidados permanentes.

Assim como na análise dos decretos e leis, os estudos dos projetos de lei focaram em identificar **propostas** com dispositivos **que tratam de (i) conceituar deficiência; (ii) classificar ou reconhecer tipo de deficiência; e (iii) definir forma de avaliação ou comprovação** de deficiência.

Do mesmo modo que as leis em vigor, com o advento da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, **qualquer projeto de lei que vise conceituar, classificar ou reconhecer tipo de deficiência e definir forma de avaliação ou comprovação de deficiência pela visão médica é inconstitucional**.

Diante disso, todos os projetos de leis que foram identificados com inconstitucionalidade foram apontados de tal forma, sugerindo-se recomendação da SNDPD e do CGN perante o Congresso Nacional para que tais projetos não sejam aprovados.

## 9. Cenários de Implantação: Gradual vs. Simultânea

Quanto aos **cenários de implantação** da **avaliação biopsicossocial** unificada da **deficiência** pelo uso do **IFBrM**, o **GTE Instrumentos** considerou dois cenários: um de **implantação gradual** e outro de **implantação simultânea** em todas as **políticas públicas**. Foram avaliados os **prós e contras** de cada cenário, conforme exposto a seguir.

O cenário de **implantação gradual** do **IFBrM** propõe uma implementação faseada, começando com **projetos-piloto** em regiões selecionadas. Esse modelo permite **ajustes** e **melhorias contínuas** baseadas no **feedback** dos **avaliadores** e dos **avaliados**. A vantagem principal desse modelo é a capacidade de **identificar** e **corrigir problemas** em menor escala antes de uma **adoção mais ampla**. Além disso, a implantação gradual facilita a necessária **capacitação dos profissionais** que serão avaliadores, garantindo que todos estejam adequadamente formados e habilitados para aplicar o novo instrumento, o **IFBrM**. No entanto, esse primeiro cenário pode resultar em **desigualdades temporárias** no acesso às novas avaliações e pode prolongar o tempo necessário para a **implementação completa** em todo o território nacional.

Já o cenário de **implantação imediata e nacional** do **IFBrM** sugere a adoção simultânea do instrumento em todo o país para todas as políticas públicas. Esse cenário busca uma transição rápida do **modelo médico atual** para o **novo modelo biopsicossocial** de avaliação, garantindo **uniformidade** e **consistência** nos procedimentos de avaliação desde o início. A principal vantagem é a **equidade imediata** no acesso ao novo modelo de avaliação para todas as pessoas com deficiência, independentemente de sua localização geográfica. Contudo, a implementação nacional imediata requer uma **logística robusta** e bem-coordenada, além de um **treinamento intensivo** e rápido de todos os profissionais envolvidos. O risco de **erros** e **desafios operacionais** pode ser maior, pois não há a possibilidade de realizar **ajustes incrementais** baseados em testes piloto.

Embora ambos os cenários apresentem vantagens e desafios específicos, a **implantação gradual** se mostra preferível. A capacidade de **ajustar** e **melhorar** o sistema com base em feedback real em uso do Instrumento permite uma implementação que se consolida de maneira eficiente a longo prazo. A fase inicial de **projetos-piloto** garante que os profissionais avaliadores recebam a **formação e habilitação adequadas**, incluindo a formação de **multiplicadores** por estado/região administrativa do país e que as

particularidades regionais sejam levadas em conta antes da expansão nacional. Isso reduz o risco de **erros operacionais** e garante que o sistema funcione de maneira eficaz desde o início, beneficiando tanto os avaliadores quanto os avaliados, bem como os formuladores de políticas. Assim, a **implantação gradual** promove uma transição mais segura e controlada, assegurando que todas as etapas do processo de avaliação sejam **otimizadas** antes de serem aplicadas em escala nacional. O **Quadro 7** sintetiza os dois cenários.

**Quadro 7** – Cenários para implantação gradual ou simultânea do IFBR-M

Processos e Etapas	Cenário A: Implantação Gradual	Cenário B: Implantação Simultânea
<b>Processo de Implantação</b>	Implementação gradual, <b>começando por políticas que atualmente exigem apenas o laudo médico.</b>	Implementação <b>simultânea em todas as políticas</b> públicas que exigem comprovação da deficiência.
<b>Pactuação Federativa com Estados, Municípios e Distrito Federal</b>	<b>Desafiadora</b> , devido ao número de atores institucionais envolvidos.	<b>Mais desafiadora ainda</b> , na medida em que além da quantidade de atores, é necessário um alinhamento simultâneo das capacidades operacionais.
<b>Formação e Qualificação de Profissionais</b>	Processo <b>gradual e desafiador</b> devido à necessidade de formar profissionais com maior conhecimento e aprofundamento sobre a avaliação biopsicossocial unificada.	Processo que exige <b>grande esforço coordenado</b> , devido à necessidade de formar capacidade operacional para entrada simultânea em operação, em todas as políticas.
<b>Monitoramento e Ajustes do IFBrM</b>	Possibilidade de <b>ajustes no instrumento controlados com a expansão de cada etapa</b> , baseados em feedback de cenários reais.	<b>Grande esforço para ajustes</b> , considerando a necessidade de readequação das políticas e/ou atualização dos avaliadores.
<b>Possibilidade de Judicialização</b>	<b>Maior</b> , devido à coexistência de modelos distintos de avaliação e certificação da deficiência.	<b>Menor</b> , pela uniformização do modelo unificado de avaliação e certificação da deficiência.
<b>Tempo para Implantação Plena</b>	Possivelmente mais rápida.	Possivelmente <b>mais lenta</b> , devido a um maior esforço de coordenação



## 10. Recomendações e próximos passos

O presente relatório orientará a ação e formulação governamental acerca da avaliação da deficiência. Para tanto, o documento se constitui como insumo para subsidiar o debate sobre a revisão de atos normativos referentes à avaliação da deficiência e a consolidação de estratégias e ações com vistas à regulamentação e institucionalização da avaliação biopsicossocial unificada da deficiência.

A publicização do relatório e a disseminação do seu conteúdo através de seminários, debates e demais atividades de discussão, dentro e fora do âmbito governamental, serão essenciais para o fortalecimento do seu conteúdo propositivo. A participação de diversos órgãos governamentais e da sociedade civil no grupo de trabalho evidenciou a necessidade da continuidade das discussões sobre o tema dado o rol amplo de órgãos, profissionais, entidades e instituições afetos à implementação da avaliação biopsicossocial.

Dentre as ações necessárias para a efetivação das proposições do instrumento, destaca-se a necessidade da realização de estudos de impacto que considerem os diferentes cenários propostos, as atribuições dos diversos órgãos, os aspectos orçamentários e de pessoal e os impactos sobre as políticas voltadas para a pessoa com deficiência nas diferentes áreas governamentais.

Diante dos resultados de tais estudos, o processo de construção de modelos de implementação e a adaptação das proposições deve contar com a participação de um rol abrangente de áreas temáticas, destacando-se a necessidade de pactuação nos níveis estratégicos, táticos e operacionais do conjunto de órgãos envolvidos, garantindo assim que a adoção da avaliação biopsicossocial da deficiência se constitua como ferramenta de aprimoramento das políticas e programas acessados pelas pessoas com deficiência em todo país.

## Conclusão

O Relatório Final do **Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência**, instituído pelo **Decreto N. 11.487/2023**, marca um avanço significativo na promoção dos **direitos das pessoas com deficiência** no Brasil. Através de um processo colaborativo e intersetorial, que envolveu diversos ministérios, especialistas, pesquisadores e representantes da sociedade civil, foi possível desenvolver uma proposta abrangente e inclusiva para a **avaliação da deficiência** baseada no **modelo biopsicossocial**.

O trabalho resultou na indicação do **Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)**, validado cientificamente e politicamente, como um instrumento adequado para caracterizar as condições e necessidades específicas da população com deficiência brasileira. Este modelo, que incorpora os princípios da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** e da **Lei Brasileira de Inclusão**, promove uma avaliação mais justa e inclusiva, reconhecendo a deficiência como uma interação complexa entre impedimentos individuais e barreiras sociais e ambientais.

A proposta de implementação do **Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência (SISNADEF)**, coordenado pelo **Comitê Gestor Nacional**, e o desenvolvimento de uma **plataforma tecnológica integrada**, na forma proposta pelo Grupo de Trabalho, assegurarão a padronização e a eficiência das avaliações, facilitando o acesso das pessoas com deficiência a políticas públicas adequadas. A **formação e qualificação** das equipes avaliadoras, também detalhada neste relatório, permitirá a correta aplicação do IFBrM, promovendo a **inclusão** e o **respeito aos direitos humanos** das pessoas com deficiência.

Os desafios de **governança** e a necessidade de **revisão dos atos normativos atuais** também foram abordados neste relatório, propondo alterações e revogações de normas para eliminar inseguranças jurídicas e assegurar a efetividade do novo modelo de avaliação. Por sua vez, as **propostas de regulamentação**, estruturadas em seis tópicos, define claramente os objetivos, responsabilidades e procedimentos necessários para a implementação da avaliação biopsicossocial unificada.

O estudo de **cenários de implantação**, considerando as opções de implantação gradual versus simultânea, destacou as vantagens de uma abordagem faseada, permitindo ajustes e melhorias contínuas com base no feedback dos projetos-piloto. Este

modelo garante uma transição mais segura e eficiente, beneficiando todas as partes envolvidas.

Em conclusão, a regulamentação e institucionalização da **avaliação biopsicossocial unificada da deficiência** por meio do **IFBrM** trará inúmeros benefícios para as pessoas com deficiência e para o Estado brasileiro. Este processo assegurará uma avaliação mais justa e inclusiva, reduzirá a burocracia e a necessidade de múltiplas avaliações, promoverá a padronização e a eficiência dos serviços públicos, e contribuirá para a construção de uma **sociedade mais inclusiva e igualitária**. A implementação do SISNADEF representará um passo essencial na direção de garantir que os **direitos das pessoas com deficiência** sejam plenamente reconhecidos e respeitados, em conformidade com os mais elevados padrões internacionais de direitos humanos.

## Referências

**BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; MARCELINO, Miguel Abud; VILELA, Lailah Vasconcelos de Oliveira.** Avaliação da deficiência para acesso a políticas públicas : contribuições para um instrumento unificado de avaliação da deficiência. Brasília, DF: Ipea, mar. 2024. 118 p. (Texto para Discussão, n. 2979). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2979-port>.

**BRASIL.** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 17 jun 2024.

**BRASIL.** Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2008/D186.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2008/D186.htm). Acesso em: 17 jun. 2024.

**BRASIL.** Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm). Acesso em: 17 jun. 2024.

**BRASIL** Resolução nº 1 de 05 de março de 2020. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência CONADE. Ministérios dos Direitos Humanos e Cidadania. SEI/MDH - 1100672 - CONADE: Resolução.

**BRASIL.** Decreto nº 11.487, de 10 de abril de 2023. Institui o Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência no âmbito do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11487.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11487.htm)>.

Acesso em: 17 jun. 2024.

**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). Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso

em: 17 jun. 2024.

**Di NUBILA, H., de PAULA, A.R., MARCELINO, M.A. et al.** *Evaluating the model of classification and valuation of disabilities used in Brazil and defining the elaboration and adoption of a unique model for all the country: Brazilian Interministerial Workgroup Task.* BMC Public Health 11 (Suppl 4), S10 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S10>

**FRANZOI, A. C.; XEREZ, D. R.; BLANCO, M.; AMARAL, T. et al.** Etapas da elaboração do instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. Acta Fisiátrica, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 164-170, 2013. DOI: 10.5935/0104-7795.20130028. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103791>. Acesso em: 4 dez. 2023.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Disponível em:

<[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013_informativo.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2024.

**Organização Mundial da Saúde OMS.** CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. – 1 ed. 4ª reimpre. Atual. - São Paulo: Editora da Universidade São Paulo: EDUSP; 2022.

**VILELA, L.V.O.; BERNARDES, L.C.G.; CRISPIM, M.A.; MARCELINO, M.A.** Proposta de aprimoramento do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado - IFBrM Mimeo: Brasília/DF, 2023. Disponível em: <<http://ampid.org.br/site2020/ifbrm-aprimorado/>>

## Apêndices

**APÊNDICE I** - Relatório Final do Grupo de Trabalho Especializado em Instrumentos de Avaliação

**APÊNDICE II** - Instrumento De Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M)

**APÊNDICE III** - Relatório Final do Grupo de Trabalho Especializado em Sistemas de Avaliação

**APÊNDICE IV** - Relatório Final do Grupo de Trabalho Especializado em Revisão de Atos Normativos

**APÊNDICE V** - Análise de Atos Normativos

**APÊNDICE VI** - Análise de Projetos de Lei

**APÊNDICE VII** - Relatório da Oficina do Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência (Dezembro de 2023)