

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC



**Direitos das pessoas com deficiência no Brasil: Uma análise da Lei
Complementar 142/2013.**

Sabrina Rodrigues da Silva

Brasília - DF
2014

Universidade de Brasília – UnB

Sabrina Rodrigues da Silva

**Direitos das pessoas com deficiência no Brasil: Uma análise da Lei
Complementar 142/2013.**

**Brasília – DF
2014**

Sabrina Rodrigues da Silva

**Direitos das pessoas com deficiência no Brasil: Uma análise da Lei
Complementar 142/2013.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER), do Instituto de Ciências Humanas (IH), como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela Universidade de Brasília (UnB).

Orientadora: Prof. Dr^a. Lívia Barbosa Pereira

Brasília - DF
2014

SABRINA RODRIGUES DA SILVA

**Direitos das pessoas com deficiência no Brasil: Uma análise da Lei
Complementar 142/2013.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovada em 16 de julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Livia Barbosa Pereira

Orientadora – SER/UnB

Mestre. Wederson Rufino dos Santos

Examinador externo – Assistente Social do INSS

Mestranda: Ana Paula do Nascimento Barros

Examinadora interna – Mestranda SER/UnB

Brasília - DF
2014

Dedico este trabalho à quem sempre foi e sempre será minha maior fonte de inspiração: minha família. À minha mãe, quem me gerou e esteve comigo em todos os momentos da minha vida, a quem eu agradeço todo o esforço e dedicação a mim ofertados. À minha irmã, quem sempre esteve ao meu lado, nos momentos bons e nos momentos ruins, a compartilhar experiências, vivências e alegrias. Ao meu pai, pelo suporte recebido e a quem eu jurei que teria uma filha formada pela Universidade de Brasília.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a quem muito me ajudou na confecção dessa monografia. Desde já peço desculpas pela memória falha de uma jovem estudante, pois não conseguirei me lembrar de todas aquelas pessoas que contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho.

Primeiramente à minha família pelo apoio incondicional, além do amor sublime. Agradeço à minha mãe, por toda dedicação, amor, apoio, força e sentimentos positivos que me foram passados não somente durante a realização desse trabalho, mas em todos os momentos. Agradeço ainda pela compreensão das inúmeras ausências, inclusive no decorrer da graduação. À minha irmã pela confiança e força, além da cumplicidade e irmandade. Ao meu pai, por sempre estar ao meu lado, mesmo que não presente fisicamente.

Ao meu amigo, companheiro e confidente Rafael, pela força, apoio, confiança e pelo suporte na conclusão desse trabalho. Agradeço por todos os momentos dedicados à mim nesse momento de reta final da graduação. Além disso, agradeço por acreditar em minha capacidade, pelo apoio e incentivo a não encerrar a vida acadêmica nesse trabalho.

À minha orientadora, pela força e apoio a continuar a escrever esse trabalho, bem como pelas palavras de incentivo a continuar os estudos após o término da graduação.

Ao grupo de pesquisa Terra a Trabalho, orientado pela professora Marcela Soares; e ao Programa de educação Tutorial, orientado por Ailta Barros, por possibilitar maior aprendizado no quesito, pesquisa e ensino. À todas as integrantes dos grupos mencionados, pelo anos de compartilhamento de novos aprendizados.

Às amigas Nayara, Mariana, Lia, Cristiane, Natália e Stphanie, pela companhia, apoio e amizade desde a entrada na universidade. Aos amigos João e Vítor, pela amizade e força. À todas as pessoas integrantes da primeira turma de Serviço Social, do noturno, da Universidade de Brasília, assim como aos funcionários dessa universidade.

Aos amigos e amigas, pela compreensão da ausência em muitos momentos, pelo apoio e força de sempre. Àquelas que, com histórias de vida parecidas com a minha, compartilham de minhas conquistas, Nathália, Rita e Marcela.

Aos monitores e monitoras do Projeto Re(vi)vendo Êxodos, pelo compartilhamento de experiências, vivências e utopias, além de trocas de saberes. Aos professores que fazem parte desse projeto encantador, Suzan, Carlos, Marilene, Acácio, Luis Guilherme e Marcos.

Aos professores e às professoras que passaram pela minha vida estudantil, desde a pré escola, até os dias atuais, pois auxiliaram minha formação crítica, pessoal e humana. Incluo também os mais diversos professores de línguas, que possibilitaram o descobrimento de novos saberes em outros idiomas.

*Todo Caminho
Todo caminho da gente é resvaloso.
Mas também, cair não prejudica demais
A gente levanta,
a gente sobe, a gente volta!...
O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: Esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
Sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
Ser capaz de ficar alegre e
mais alegre no meio da alegria,
E ainda mais alegre no meio da tristeza...
João Guimarães Rosa¹*

¹ROSA, João Guimarães. O Grande Sertão Veredas, 1994, p. 448.

Resumo

O presente trabalho faz uma análise social sobre a Lei Complementar 142, sancionada em 8 de maio de 2013. Ela regulamenta o parágrafo 1º, do artigo 201 da Constituição Federal de 1988. Tal lei trata da aposentadoria das pessoas com deficiência, seguradas pelo Regime Geral de Previdência Social, RGPS. A análise da lei complementar em questão, acompanha os demais aparatos legais quais sejam: o Decreto 8.145, de 3 de dezembro de 2013, e a Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1 de 27 de janeiro de 2014. Além disso, faz uma breve contextualização histórica acerca da Previdência Social do Brasil. Sua metodologia consiste em pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave:

Pessoa com deficiência, Lei Complementar 142, aposentadoria.

Resumen

El presente trabajo hace un análisis social acerca de la Ley Complementar 142, de 8 de mayo de 2014. Ella reglamenta el párafo 1º, del artículo 201 de la Constitución Federal de 1988. Trata de la jubilación de las personas con discapacidad que está en el Reginen General de Previción Social, RGPS. Su análisis acompanha lo demás aparatos legales, que son: el Decreto o Decreto 8.145, de 3 de diciembre de 2013, y la Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1 de 27 de janero de 2014. Su metodologia consiste en busca bibliográfica.

Palabras clave:

Persona con discapacidad, Ley Complementar 142, jubilación.

Sumário

Introdução.....	11
1 ENTRE O MODELO SOCIAL E O MODELO MÉDICO DA DEFICIÊNCIA.....	14
1.1 Modelo Social da Deficiência.....	14
1.2 Modelo Médico da Deficiência.....	17
2 POLÍTICA SOCIAL E DEFICIÊNCIA.....	22
2.1 Política Social.....	22
2.2 Deficiência e Proteção Social.....	23
3 ANÁLISE DA LEI COMPLEMENTAR 142 DE 2013.....	30
3.1 A Lei Complementar 142.....	30
3.2 O Decreto 8.145.....	34
3.3 A Portaria Interministerial nº 1	36
Considerações Finais.....	41
Referências Bibliográficas.....	44
Anexos.....	49
Anexo A - LEI COMPLEMENTAR Nº142, DE 8 DE MAIO DE 2013.....	48
Anexo B - DECRETO 8.145, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2013.....	50
Anexo C - CIF: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADES, INCAPACIDADE E SAÚDE. ANEXO 5.....	55
Anexo D - A PORTARIA INTERMINISTERIAL AGU/MPS/MF/SEDH/MP Nº 1, DE 27 DE JANEIRO DE 2014.....	57

Introdução

O debate sobre deficiência é relativamente recente no âmbito das ciências humanas e sociais no Brasil. Mas mesmo na sua origem, é possível dizer que não há consensos sobre os conceitos e termos mais adequados para se referir à deficiência. A terminologia a ser utilizada no presente trabalho visa observar, em alguma medida, o debate acadêmico, mas também destaca que o mais importante não é apenas a terminologia que se utiliza do ponto de vista etimológico, mas sim o caráter que a mesma possui. A depender de seu caráter político, com objetivos voltados para conquista e garantia de direitos, o termo utilizado pode variar.

O debate internacional utiliza geralmente o termo pessoa deficiente, ou *persona discapacitada*, em espanhol. Essa é a terminologia utilizada para os mais diversos países, a variar de acordo com o respectivo país. Já no Brasil, a terminologia utilizada é pessoa com deficiência, terminologia mais adequada em relação à pessoa portadora de deficiência, anteriormente utilizada, que trouxe várias críticas já que remetia a uma pessoa que portava, logo, poderia não portá-la mais.

A importância da comunicação, independente do idioma, é que se faça entender. Mas várias palavras podem ser usadas para um mesmo significado. Contudo, as palavras não são em vão, cada qual possui o seu significado e tem caráter diferenciado, mas o mais importante é o que se quer com a utilização de determinado termo. Sobre isso, em entrevista realizada por Débora Diniz, (2013), Colin Barnes afirma que a linguagem é importante, assim como incitar a politização da mesma. Ele afirma que:

(...) ao usar o termo ‘deficiência’ e o ligar a um indivíduo, ignora-se o que cria a deficiência. Então, independente de como se usa a língua – espanhol, dinamarquês, qualquer língua –, eu acho que essa é a questão. O que é significativo para nós no Reino Unido é que as pessoas deficientes se uniram nos anos 1960 e 1970 e desenvolveram uma linguagem que politizou a deficiência. E eu acho que é responsabilidade de cada um que esteja escrevendo sobre deficiência aceitar isso e traduzir para sua língua particular. (DINIZ, 2013, p. 244)

A crítica feita por Barnes é que utilizar o termo “deficiente” possibilita identificar a pessoa enquanto possuidora da deficiência, mas não leva em consideração o fato da deficiência ser criada. O entrevistado leva em questão o fator de que o indivíduo possui

impedimentos, já a deficiência é criada por uma sociedade insensível à diversidade humana, à pluralidade existente entre os seres humanos. O autor destaca ainda que se no Brasil “as pessoas deficientes politizadas nas organizações escolherem aderir a determinados termos, então será minha responsabilidade usar aqueles termos quando falar sobre as pessoas no Brasil.” (DINIZ, 2013).

No Brasil, utiliza-se o termo pessoa com deficiência, que é o que domina o debate acadêmico e político. Essa terminologia é empregada em várias políticas voltadas para essas pessoas, o que a caracteriza enquanto nomenclatura norteadora para diversas políticas sociais no Estado Brasileiro.

As políticas sociais possuem o desafio de enfrentar os primórdios da proteção social das pessoas com deficiência, que começou em sua origem com medidas da assistência social, as quais possuíam uma carga política de ajuda, que caracterizava o assistencialismo. O caso dos direitos das pessoas com deficiência no âmbito da Previdência Social no Brasil é um dos mais recentes desafios para este enfrentamento. Historicamente, a pressão política oriunda do embate entre classes possibilitou, no Brasil, a construção de um modelo de proteção social aos trabalhadores. Contudo, a legislação dizia respeito apenas aos trabalhadores em geral e às pessoas com deficiência não havia qualquer especificação.

Com a promulgação da Carta Magna, em 1988, uma série de direitos passam a ganhar corpo e legitimidade no Brasil. Esse é o marco de consolidação da Seguridade Social contendo o tripé: saúde, assistência social e previdência social.

A Previdência Social é uma política pública, caráter contributivo e social. Dentro desta política, o que se ressalta é o direito à aposentadoria. Logo, destaca-se a aposentadoria para as pessoas com deficiência, que é o objeto de estudo desse trabalho. Além disso, o presente estudo tem como recorte, a Lei Complementar 142, de 2013, que trata da regulamentação da aposentadoria para as pessoas com deficiência.

A pesquisa bibliográfica possibilitou a concretização deste trabalho. Este consiste em uma análise da Lei Complementar 142, de 2013. A regulamentação da lei complementar em questão é de grande avanço para a temática da deficiência. Estava para ser regulamentada desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que previa aposentadoria para as pessoas com deficiência, de forma diferenciada, a partir de redação dada pela Emenda Constitucional nº 47, de 2005.

A aposentadoria para as pessoas com deficiência traz avanços porque constitui a garantia de um direito que estava por ser consolidado. A garantia do direito à aposentadoria diferenciada não somente garante o acesso a um direito previdenciário, senão o direito a uma política social que trouxe o olhar para as múltiplas diversidades existentes na sociedade. A pessoa com deficiência vem a obter sua aposentadoria, contributiva, como todo o sistema previdenciário exige, mas com uma redução significativa, ao chegar até os 10 anos a menos de contribuição.

As motivações para a pesquisa se deram a partir de estudos preliminares sobre a temática. Além de leitura de estudos sobre a temática da deficiência, trabalho e previdência social. Além disso, uma inquietante busca por compreender melhor o diverso enquanto parte de uma sociedade que pode chegar a aceitar as diferenças e limitações de cada ser enquanto parte da totalidade humana.

1 ENTRE O MODELO SOCIAL E O MODELO MÉDICO DA DEFICIÊNCIA

1.1 Modelo social da deficiência

No debate acadêmico, existem pelo menos dois modelos de deficiência. Contudo, cabe destacar que essa distinção pode acarretar no reducionismo do debate em dois extremos. Estes são chamados de modelo social e modelo médico ou biomédico da deficiência.

Para o modelo social da deficiência, pauta-se que ele passou por uma construção não somente social, como política. Um de seus precursores foi o sociólogo Paul Hunt, do Reino Unido, que escreveu uma carta ao *The Guardian*, jornal inglês, em 1972, o que gerou grande repercussão. Hunt destacava a situação das pessoas com deficiência na época, que eram institucionalizadas, ficavam em espaços inadequados a plena participação social. Além disso, e mais relevante, é que Hunt propôs a formação de um grupo composto por pessoas com deficiência que levasse as ideias dessas ao parlamento, para que pudessem ser ouvidas. Assim, deveriam ter algum tipo de deficiência, no seu caso o impedimento físico, para que se fizessem ouvir como tal (DINIZ, 2007).

Esse foi um marco importante na história da construção do modelo social, pois após essa iniciativa, várias foram as respostas recebidas, o que desencadeou, quatro anos depois, a construção da Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação (ou *Union of the Physically Impaired Against Segregation*, Upias). Para sua consolidação, em 1976, houve a publicação de um documento que continha os Princípios Fundamentais da Deficiência. Essa foi a primeira organização de pessoas com deficiência, criada na Inglaterra, na qual quem a gerenciava eram pessoas com deficiência. Cabe destacar que foi também uma instituição política. Assim, conforme afirma Diniz (2007), que coloca que a originalidade da "Upias não foi somente ser uma entidade *de e para* os deficientes, mas também ter articulado uma resistência política e intelectual ao modelo médico de compreensão da deficiência". (DINIZ, 2007, p. 15)

Assim, um de seus objetivos era abordar a deficiência em uma perspectiva de inclusão social e retirar dos espaços de exclusão os que há muito tempo estavam segregados socialmente. Embasados pelo materialismo histórico dialético, os primeiros teóricos do modelo social da deficiência trouxeram uma nova conceituação de impedimento e deficiência. Há que destacar que grande relevância teve a condução, por eles realizada, da deficiência

como uma questão de opressão, situação vivenciada pela maioria desses indivíduos. O foco não era descaracterizar o avanço da biomedicina, já que ela tem suas relevantes contribuições, para as pessoas com deficiência, mas ir além. Como afirma Débora Diniz, o objetivo central era simplesmente "ir além da medicalização da lesão e atingir as políticas públicas para a deficiência. O resultado foi a separação radical entre lesão e deficiência: a primeira seria o objeto das ações biomédicas no corpo, ao passo que a segunda seria entendida como uma questão da ordem dos direitos, da justiça social e das políticas públicas de bem-estar" (DINIZ, 2007, p. 21). Esse foi um marco determinante para a história da deficiência, pois passa a levar para o Estado a responsabilidade de intervenções por meio de políticas sociais.

Os diversos tipos de impedimentos passaram a ser encarados não somente como parte do corpo do indivíduo, mas como parte determinante para uma potencial opressão a ser vivenciada por quem as tinha. Com isso, as pessoas com deficiência passavam por restrição social. O modelo social da deficiência vem para descaracterizar a individualização das restrições de participação vivenciadas pelas pessoas com deficiência. Ademais, traz uma concepção em que encara a sociedade como participante no processo que gera desvantagens para estas pessoas, afim de não culpabilizar os indivíduos com deficiência.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, OMS, o texto da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, (2004), considera que o debate social de incapacidade considera a questão da deficiência, principalmente, como uma forma de discriminação criada pela sociedade, ou seja, que ela a constrói, mas que deveria ocorrer uma integração plena do indivíduo à mesma. Assim sendo, segundo a CIF, a deficiência não possui apenas uma dimensão individual, mas um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Isso indica que a solução da questão da deficiência deve ser uma ação social de responsabilidade coletiva da sociedade, assim fazer as modificações ambientais necessárias à participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. O referido documento afirma ainda que a incapacidade é uma questão atitudinal ou ideológica que requer mudanças sociais as quais “ a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos. De acordo com este modelo, a incapacidade é uma questão política" (OMS, 2004, p. 22.).

No debate social da deficiência o que causa a deficiência não é o impedimento, mas as barreiras colocadas pela sociedade que não permitem que as pessoas com deficiência possam

vivenciar plenamente o direito pela diferença, ou por assim dizer, o direito de existir no mundo sem o chamado padrão da normalidade.

Torna-se relevante destacar que os impedimentos não causam restrição de participação. O que causa a restrição de participação é o fato de se estar inserido em uma sociedade pouco sensível à diversidade humana. A deficiência é causada pela sociedade que está pouco adaptada à essa diversidade

Para exemplificação, tem-se a seguir alguns exemplos que trazem situações cotidianas, as quais podem ocorrer em qualquer fase da vida humana. Um exemplo é quando uma pessoa não possui o dedo indicador na mão direita, contudo não possui graves impedimentos em sua vida cotidiana, já que é canhoto e praticamente não utiliza aquela mão. Assim, tanto nas atividades desempenhadas no trabalho como nas demais atividades pode não ser uma pessoa com deficiência. Um segundo exemplo é o de uma pessoa que não enxerga com nenhum dos olhos, que foi perdendo a visão com o passar dos anos. Como consequência, ficou em uma situação de desemprego, além de não poder terminar o curso de nível superior que cursava antes de perder a visão. Logo, teve prejuízos acadêmico e profissional. Ele passou por um processo de segregação e discriminação pela sociedade. Tal processo ocorreu por viver em um ambiente social pouco sensível às diversidades humanas, em que nada se investiu para eliminar as barreiras existentes para que ele pudesse prosseguir com suas atividades.

O primeiro exemplo traz a experiência do impedimento corporal como parte integrante da vida de um indivíduo que não sofreu restrição em suas atividades cotidianas. Já no segundo exemplo, o indivíduo não teve nenhum tipo de aparato ou suporte que o levasse a eliminar as barreiras existentes em seu meio social. Os exemplos hipotéticos trazem à tona uma realidade próxima. Primeiramente, qualquer um, em qualquer momento da vida pode chegar a vivenciar a deficiência, seja por um acidente futuro, seja pela idade que traz impedimentos ao corpo de uma pessoa idosa. Mas o relevante é saber que o que torna a deficiência uma experiência que traz preconceitos é a sociedade não sensível a todas as possibilidades de existência.

Para finalizar, ressalta-se que o modelo social é defendido pelo Movimento das Pessoas com Deficiência, considerado como grande avanço das últimas décadas. Nele, a interação entre a deficiência e o modo como a sociedade está organizada é que condiciona a funcionalidade, as dificuldades, as limitações e a exclusão das pessoas. Coloca-se que é a

sociedade quem cria barreiras com relação a atitudes, seja por medo, desconhecimento, falta de expectativas, estigma ou preconceito; ao meio ambiente, seja por inacessibilidade física; e institucionais, seja por discriminações de caráter legal; que impedem a plena participação das pessoas. (SDH, 2010, p. 14).

1.2. Modelo médico da deficiência

Também conhecido como biomédico, é ainda conhecido como modelo individual da deficiência. Barnes (2009) é um dos autores que considera a denominação do modelo individual da deficiência.

Para o modelo médico da deficiência, o que causa a deficiência é o impedimento, não as barreiras impostas pela sociedade. Diniz (2007) destaca com precisão a relação entre os dois modelos propostos quando afirma que:

Se para o modelo médico o problema estava na lesão, para o modelo social, a deficiência era o resultado do ordenamento político e econômico capitalista, que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo. Houve, portanto, uma inversão na lógica da causalidade da deficiência entre o modelo médico e o social: para o primeiro, a deficiência era resultado da lesão, ao passo que, para o segundo, ela decorria dos arranjos sociais opressivos às pessoas com lesão. Para o modelo médico, lesão levava à deficiência; para o modelo social, sistemas sociais opressivos levavam pessoas com lesões a experimentarem a deficiência. (2007, p. 24)

Há consenso quando se afirma que entre os dois modelos teóricos da deficiência, o impedimento é de natureza médica, sendo de sua responsabilidade. Para o modelo médico, a deficiência é uma questão individual, em que o indivíduo necessita de cuidados, seja pelo impedimento, ou pelo problema de saúde que possui. Assim, necessitaria de atendimento individual de profissionais da saúde. Mas há que se destacar que a deficiência não perpassa por intervenções médicas e ações pontuais de reabilitação. Contudo, para o modelo médico, a pessoa com deficiência pode ter vários impedimentos e ter a possibilidade de algum tipo de reabilitação. sendo esse o foco, para que a pessoa possa estar dentro dos supostos padrões de normalidade seja física ou sensorial, por exemplo. Logo, esse modelo desconsidera que o que caracteriza o sujeito enquanto pessoa com deficiência é o meio social em que se está inserido ao não proporcionar os meios necessários para sua inserção numa sociedade sem opressão.

Segundo os autores Bruno Martins, Fernando Fontes, Pedro Hespanha, Aleksandra Berg (2012), o modelo médico trouxe uma crescente contestação e levou a Organização Mundial de Saúde, OMS, a publicar em 1980, a Classificação Internacional de Impedimento, Deficiência e *Handicap*, ICIDH. Entretanto, essa classificação não abandonou a perspectiva individualista da deficiência, com raízes na chamada hegemonia da normalidade. Mesmo com definições centrais, quais sejam as deficiências, incapacidades e desvantagens, ela marginalizou os fatores sociais e culturais. Com essa publicação, objetivava-se a sistematização da linguagem biomédica relacionada ao impedimento e à deficiência. A ICIDH não apresentava a deficiência como questão relacionada à opressão e segregação social vivenciada pelas pessoas com deficiência. Com isso, tem-se que ela, através da OMS, continuou a medicalizar a deficiência, tornando-a propriamente relacionada à lesão, com o aval do poderio médico. Quanto a isso, Diniz afirma que:

Para a OMS, lesão era uma condição necessária à deficiência, uma conexão que retirava o sentido sociológico da lesão proposto pelo modelo social e fundamentava a deficiência em termos estritamente biológicos: era a natureza quem determinava a desvantagem, e não os sistemas sociais ou econômicos. (DINIZ, 2007, p. 45)

Barnes (2009, p. 104) afirma que com a *International Classification of Impairment Disability and Handicap*, em inglês, ICIDH, ou *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, em espanhol, CIDDM, as pessoas com deficiência se vêm como objetos, que devem ser curadas, tratadas ou mesmo normalizadas, de acordo com uma série de valores culturais. Contudo, tais valores também são criados, mas devem ser modificados para que a cultura da normalidade não continue a segregar e oprimir.

Para o modelo social da deficiência, o vocabulário da referida publicação não foi considerado um avanço, já que destacava a deficiência como decorrência de um impedimento no corpo de uma pessoa não considerada normal. Ela representou uma semelhança à Classificação Internacional de Doenças, CID, com destaque para o modelo biomédico. A ICIDH tinha caráter experimental e ao longo de vários anos foram realizados estudos de campo e consultas internacionais, até que em 2001 encerrou-se sua revisão com a publicação de uma nova versão.

Um ponto chave do modelo médico surgiu com a revisão da ICIDH, trouxe a publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde, CIF,

também conhecida como ICIDH-2. Seu objetivo constituiu-se em facilitar o entendimento de funcionalidades e deficiências. Como ponto chave tinha a correlação entre os três domínios, quais sejam: corpo, indivíduo e sociedade, com igual patamar de importância a fim de facilitar o entendimento dos outros compostos, ou seja, incapacidade e funcionalidade (DINIZ, 2007, p. 47). Esses domínios estão atrelados à saúde. Cabe ressaltar que o que gerou sua revisão foi o descontentamento por parte das pessoas com deficiência, bem como embate em sua múltipla interpretação. Barnes (2009, p. 105) afirma que "foi inaceitável para muitos e não proporcionou definições claras que originalmente se pretendia estabelecer" (tradução do fragmento). Ele resume bem o que, por fim, fez com que ocorresse a revisão da ICIDH.

Com a publicação da CIF, vários conceitos centrais foram trazidos para o debate. Alguns exemplos são: atividade, barreiras, bem estar, capacidade, condição de saúde, constructos, corpo, deficiência, desempenho, domínios, domínios de saúde, estruturas corporais, facilitadores, fatores ambientais, fatores contextuais, fatores pessoais, funcionamento, funções corporais, lesões, limitações de atividades, participação e restrição de participação. Desses, a partir da CIF (2004, pag. 13) ressalta-se deficiências, compreendida como problema nas funções ou estruturas do corpo; e restrição de participação, entendida como problemas que o indivíduo pode enfrentar quando envolvido em situações da vida real.

O mais relevante desafio da CIF seria o de ir além da expectativa de um documento sobre impedimentos e deficiências, e ir para um catálogo sobre funcionamentos, atividades e participações. Com isso, levar a uma certa abrangência (DINIZ, 2007, p. 51), já que, por exemplo, a partir dessa classificação, é possível que uma pessoa possua impedimentos, sem limitações de capacidade, mas com restrição de participação. Esse seria o caso de uma modelo, que a partir do momento em que possui queimadura e cicatrizes na face, não poderá mais exercer a ocupação anterior. Ou seja, não possui impedimentos corporais, pois poderia ser modelo, caso não existisse a restrição do mundo da beleza, que impõe um determinado padrão de beleza pré construído pelo mundo da moda. Esse foi um exemplo de que a restrição de participação na sociedade existiu, no caso, pois a mesma impõe um chamado "padrão" de beleza que exclui e segrega as pessoas. Em outras palavras, mesmo não sendo considerada uma pessoa com deficiência pela biomedicina, vivencia a deficiência por uma sociedade que oprime e gera essa deficiência.

O exemplo da modelo se dá justamente para incitar que o chamado "padrão" seja da beleza ou normalidade, é criado, construído, mas que gera opressão. Assim sendo, se é construído, sua desconstrução também é possível. Não há que se viver em uma sociedade em que a imposição do belo, normal, perfeito tenha que prevalecer, há que considerar que esse "padrão" pode não existir, para que as pessoas possam ser livres para demonstrar que têm o direito de existir, ser, estar, viver como desejarem, nasceram ou escolheram assim fazê-lo.

É importante salientar que há autores, como Martins, Fontes e Herpanha (2014), que afirmam que a partir da CIF, identificam o modelo como biopsicosocial, não como biomédico, ao dizer que:

Mais recentemente, o avolumar de críticas ao reducionismo médico do ICIDH e a necessidade emergente de compaginar o modelo médico e o modelo social levou à emergência de um novo modelo da deficiência, apelidado de biopsicossocial. Este modelo substancia-se na nova Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICIDH-2 ou CIF) publicada pela OMS (2001), onde a OMS reconhece a deficiência como resultado da interação entre funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais. (FONTES e HERPANHA, 2014, p. 48)

No documento da CIF, utiliza-se tanto o chamado modelo médico quanto o modelo social da deficiência. O texto pauta a utilização de biopsicosocial. A CIF baseia-se numa integração de dois extremos, que são opostos. O documento traz que para se obter a “integração das várias perspectivas de funcionalidade é utilizada uma abordagem ‘biopsicossocial’. Assim, a CIF tenta chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social.” (OMS, 2004, p. 21)

A nomenclatura determinante do debate social tem um caráter político, mas que não é o objetivo do presente trabalho. O que cabe ressaltar é que o debate médico, a partir da CIF passa a vigorar com uma melhor classificação, em relação à anterior. Porém, não foram realizadas transformações extraordinárias com a nova classificação, pois a construção social da deficiência já estabelecida com a classificação anterior precisa de um longo período para que seja modificada.

Um das críticas realizadas a esse debate é que mesmo após a atualização para a CIF, ainda em vigor, o indivíduo continua a ser o centro e mesmo com os avanços alcançados, a individualização do problema permanece como ponto chave. Isso leva a distanciar o debate de que o problema a ser enfrentado é mais amplo, pois leva a uma questão cultural impregnada na

sociedade. Com isso, a CIF permanece limitadora em seu debate, a inclusão social e política, assim como o próprio conceito de participação são limitados. Barnes (2009, p. 107) apresenta que:

Aos potenciais utilizadores da CIF se recomenda classificar os fatores ambientais, mas não existem ferramentas adequadas para fazê-lo, tampouco avaliar sequer as tendências ou circunstâncias que geram a 'deficiência' dos programas e das práticas governamentais, dos ambientes físicos e dos contextos culturais. (BARNES, 2009, p. 107, tradução do fragmento)

Além da CIF não apresentar ferramentas para se modificar ou alterar a concepção individualizante do debate médico da deficiência, traz questionamentos, pois apresenta o indivíduo enquanto portador de uma lesão, ou seja, dependente de cuidados e passivo, ao colocar a deficiência simplesmente como uma questão de saúde. Ao utilizar programas de reabilitação, foca-se no indivíduo enquanto detentor da deficiência, assim, passa a descaracterizar a luta coletiva por garantia de direitos através de políticas públicas.

Assim, compreende-se que essa classificação, ainda utilizada como base para políticas para pessoas com deficiência, utiliza um sistema híbrido entre o modelo social e o modelo médico da deficiência. Logo, há uma mescla de conceitos opostos em um mesmo documento.

2 POLÍTICA SOCIAL E DEFICIÊNCIA

2.1. Política Social

Ao se pensar na palavra política, pode-se remeter a políticos, às eleições, ao período eleitoral, bem como ao plano político; ou pode-se pensar em política pública, que vem com planos de ações e metas a serem alcançadas, a partir de determinado objetivo. Segundo o dicionário da língua portuguesa Priberam, política pode significar 1) ciência do governo das nações; 2) arte de regular as relações de um Estado com os outros Estados; 3) sistema particular de um governo; 4) tratado de política; em sentido figurado 5) modo de haver-se, em assuntos particulares, a fim de obter o que se deseja; 6) esperteza, finura, maquiavelismo.; ou ainda, 7) cerimônia, cortesia, civilidade, urbanidade.

Já a palavra “público”, que remete à busca de sua palavra feminina “pública”, pode ser, enquanto adjetivo 1) Relativo ou pertencente ao povo, à população; 2) Que serve para uso de todos; 3) Relativo à governação ou administração de um país; ou ainda, 4) que é do conhecimento de todos. Enquanto substantivo, há ainda como significado de 5) população em geral, ou povo; 6) conjunto de pessoas que assiste a algo, geralmente um espetáculo ou uma emissão; 7) conjunto de pessoas que se interessa por algo ou ao qual se dirige determinada mensagem ou produto, que remete à público alvo; ou, por último 8) setor de uma atividade pertencente ao Estado. Dessa forma, destaca-se a qualidade de palavras polissêmicas de “política” e “pública”. Nesse trabalho enfatiza-se sua junção, isto é, a política pública, por sua vez, que engloba a política social. O destaque a ser feito vem a surgir a partir da política pública² com recorte para política social.

De acordo com a perspectiva não estatista aqui adotada, o termo *público*, associado à *política*, não é uma referência exclusiva ao Estado. Refere-se, antes, à *coisa pública*, do latim *res* (coisa), *publica* (de todos), ou seja, coisa de *todos*, para *todos*, que compromete todos – inclusive a lei que está acima do Estado – no atendimento de demandas e necessidades sociais, sob a égide de um mesmo direito e com o apoio e uma comunidade de interesses. Portanto, embora a política pública seja regulada e frequentemente provida pelo Estado, ela também engloba demandas, escolhas e decisões privadas, podendo (e devendo) ser controlada pelos cidadãos. Isso é o que se chama de *controle democrático*. (PEREIRA, 2011, 173 e 174)

² O termo “público” vem do latim *publicus*, -a, -um. Já “política” vem do grego *politiká*, assuntos públicos, ciência política. Disponível em: Priberam. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/política> [consultado em 11-07-2014].

Vicente de Paula Faleiros (2000) apresenta as políticas sociais enquanto implantação de serviços, construção de equipamentos sociais e subsídios, proteção jurídica, assistência social, previdência social, saúde, educação e habitação, por exemplo. Para Elisa Höfling (2001) as políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico, em princípio. A autora destaca que essas políticas “têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais”. (HÖFLING, 2001, p. 32)

A Previdência Social é uma política pública, uma política social, faz parte de um conjunto de direitos sociais garantidos constitucionalmente. Na Carta Magna encontra-se no Título VIII, da Ordem Social; está no Capítulo II, que refere-se à Seguridade Social, já que faz parte de seu tripé, juntamente com a Saúde e a Assistência Social; por fim, está na Seção III, que dispõe sobre a Previdência Social. Essa política possui caráter contributivo, na forma de seguro social,

2.2. Deficiência e proteção social

Segundo Behring e Boschetti (2010), não se pode precisar um período específico de surgimento das primeiras iniciativas de políticas sociais, já que estão ligadas ao desenvolvimento do capitalismo e da Revolução Industrial, assim como relacionadas com a luta de classes e intervenção do Estado. Assim, as autoras apontam que é possível fazer uma análise geral. Ainda, assinalam que:

As sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado e assumiam algumas responsabilidades sociais, não com o fim de garantir o bem comum, mas com o intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem. Ao lado da caridade privada e de ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais. As mais exaltadas e frequentemente citadas como legislações seminais são as leis inglesas que se desenvolveram no período que antecedeu a Revolução Industrial (Polanyi, 200; Castel, 1998):

- Estatuto dos Trabalhadores, de 1349.
- Estatuto dos Artesãos (Artificies), de 1563.
- Lei dos pobres elisabetanas, que se sucederam entre 1531 e 1601.
- Lei de Domicílio (*Settlement Act*), de 1662.
- *Speenhamland Act*, de 1795.

- Lei Revisora das Leis dos Pobres, ou Nova Lei dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*), de 1834. (BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 47 e 48)

Com as legislações citadas, o que se destaca é que havia uma distinção entre os pobres merecedores e os pobres não merecedores. Sua divisão ocorria, resumidamente, entre os que não tinham condições de trabalhar, que eram chamados inválidos, e os que tinham condições de trabalhar, mas não o faziam por opção. Assim era feita a seleção para essas políticas assistenciais. Os chamados inválidos à época eram as pessoas com deficiência que não conseguiam se inserir no mercado de trabalho, porque o mesmo os excluía.

Vários auxílios vieram com caráter assistencial. Um exemplo é a Lei dos Pobres, de 1834. Destaca-se que os pobres a que se refere, eram chamados de inúteis para o trabalho, ou seja, trabalhadores que não conseguiam manter-se no emprego. Com isso, a Lei dos Pobres, segundo Pereira, aponta que:

(...) mesmo reconhecendo a existência de pobres incapazes de trabalhar, ao lado de desempregados e dos classificados como preguiçosos, as Leis dos Pobres não conceberam a política social como um dever do Estado. Os pobres impotentes para o trabalho eram estigmatizados pela própria política social que os tratava como inúteis. Acrescenta-se a isso o fato de essas políticas sociais não obedecerem a planos consistentes e duradouros de atenção social, apresentando, por isso, flagrantes improvisações e versatilidade. (PEREIRA, 2011, p. 176.).

Salienta-se que a assistência recebida era, muitas vezes, condicionada à atividade laborativa, assim como obrigação de permanência nesse território, e até trabalhos forçados em troca dos auxílios mínimos recebidos. O que existia era uma proteção assistencialista, que com a Nova Lei dos Pobres, de 1834, houve restrição da assistência que já era limitada, o que levou as pessoas pobres à mercê da filantropia (BERHRING e BOSCHETTI, 2010. p. 50).

Muitos autores apontam o final do século XIX como período em que o Estado capitalista passa a realizar ações sociais mais organizadas e com caráter obrigatório, de forma geral. A exemplo de marcos históricos em contexto europeu, em 1883 houve a implantação de seguro saúde obrigatório na Alemanha. Em contexto de grandes mobilizações da classe trabalhadora, esse seguro foi instituído pelo chanceler Otto Von Bismarck, por isso ficou conhecido como Plano Bismarckiano. O objetivo da instituição do seguro obrigatório, de cunho tradicionalmente assistencial, era de desmobilizar as lutas da época. O seguro em questão era de caráter contributivo, obrigatório, mesmo que a princípio tenha sido para algumas categorias profissionais. (BEHRING e BOSCHETTI, 2010).

Ainda no contexto europeu, na Alemanha, no século XX, destaca-se o Plano Beveridge, elaborado por William Beveridge durante a Segunda Guerra Mundial. A partir desse plano vem a surgir políticas de assistência social, embasadas em políticas sociais não contributivas, para as pessoas que delas necessitarem. Surge uma nova lógica de organização das políticas sociais com esse plano, que veio com diversas críticas aos seguros bismarckianos, a exemplo da obrigatoriedade da contribuição.

Fábio Guedes Gomes (2006) coloca que o *Welfare State* compreende-se enquanto conjunto de serviços e benefícios sociais promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir certa harmonia com os mínimos sociais, para enfrentar consequências das contradições do capitalismo. Torna-se relevante destacar que o Estado de Bem Estar Social ou *Welfare State*, como é reconhecido, tem suas origens no contexto pós Segunda Guerra Mundial. Potyara Pereira (2011) aponta que os princípios e critérios que informaram as políticas sociais nos séculos que antecederam o *Welfare State*, não condiziam com a concepção de bem-estar do século XX, identificado como século dos direitos sociais, e que é possível identificar aspectos que o diferenciam do padrão de bem estar anterior. A autora aponta ainda que:

Nas palavras de Fraser (1984), o *Welfare State* é um sistema de organização social que procura restringir as livres forças do mercado em três principais direções: a) garantindo direitos e segurança social a grupos específicos da sociedade como crianças, idosos e trabalhadores; b) distribuindo, de forma universal, serviços como saúde e educação; c) transferindo recursos monetários para garantir renda aos mais pobres, face a certas contingências como a maternidade ou a situações de interrupção de ganhos devido a fatores como doença, pobreza e desemprego. (PEREIRA, 2011, p. 177.).

No Brasil, começou a se instituir a questão social como uma questão política a partir do início do século XX. Conforme afirmam Behring e Boschetti (2010) acerca do surgimento de políticas sociais no Brasil, torna-se relevante pautar que os direitos sociais resultam de lutas de classes, forte pressão popular, além de interesses antagônicos da burguesia à época, como seguro aos trabalhadores de setores estratégicos da economia, a exemplo do café. Além disso, as autoras afirmam que:

Não houve no Brasil escravista do século XIX uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes. A questão social já existente num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e com a imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as

primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho. (BEHRING e BOSCHETTI, 2010, ps. 78 e 79)

Além disso, as autoras destacam que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominantes. Mas além disso, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Ou seja, não foi uma benesse, senão consequência de lutas por direitos. No entanto, representam também a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis, a exemplo da expansão das políticas sociais no Brasil nos períodos de ditadura - 1937 a 1945 e 1964 a 1984, que as instituem como tutela e favor, com a figura de Vargas como o pai dos pobres nos anos 1930, como ficou conhecido. Destaca-se que até os dias de hoje há certa distância entre a definição dos direitos em lei e a sua implementação real, ou seja, sua concretização.

Com o objetivo de realizar um breve contexto histórico do início da proteção social brasileira, tem-se que até 1897, poucos anos antes da Proclamação da República no Brasil, realizada em 1889, não havia nenhuma legislação social registrada. Mas em 1888 houve a criação de uma caixa de socorro para a burocracia pública, que será a proteção social brasileira até 1960. Após o ano de proclamação algumas conquistas foram alcançadas, como exemplo o direito à pensão e 15 dias de férias da Imprensa Nacional que, no ano seguinte, se expandiu aos funcionários do Ministério da Fazenda. Já a partir de 1892 os funcionários da Marinha passam a ter direito à pensão também” (BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 79 e 80).

Alguns acontecimentos marcantes perpassam o século XX. Alguns deles são relevantes para o entendimento da constituição de política social, bem como proteção social brasileira. Em 1923, publicada mais precisamente em 24 de janeiro, a Lei Eloy Chaves, como ficou conhecida, é o nome de quem levou o projeto de lei à Câmara dos deputados, consolida a base do sistema previdenciário do país. A promulgação da lei trouxe a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para ferroviários, com sua posterior expansão a outros empregados, que também passaram a ser segurados da Previdência Social. Esses trabalhadores, assim como os marítimos, por exemplo, tiveram preferência no reconhecimento de seus direitos trabalhistas, que explica-se pelo fato de o Brasil, à época ser produtor e exportador da monocultura cafeeira. (BOSCHETTI, 2008). Logo, ocorreu a preferência para

os trabalhadores envolvidos mais diretamente nesse processo de produção e circulação de mercadoria, base da economia brasileira naquele momento.

Por isso, ressalta-se que o contexto histórico, social e político do Brasil, influenciou o destino da proteção social dos brasileiros. Para explicitar o ocorrido, Behring e Boschetti (2010) destacam que futuramente viria uma maior diversificação de produção da economia brasileira, a surgir após a crise de 1929 a 1932 e a Revolução de 1930.

Outro ponto marcante, também apontado pelas autoras, foi a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), que juntamente com os CAP's constituem as formas originárias da previdência social do Brasil. A fundação do primeiro IAP data de 1931, com participação apenas de servidores públicos.

Após passar pelo governo de Getúlio Vargas, iniciado na década de 1930, tem-se a regulamentação da Consolidação das Leis do Trabalho, CLT, em 1943, além de outras conquistas voltadas aos trabalhadores, apesar de ter sido um ditador e de ter governado com medidas controladoras e populistas. Decorridos alguns anos, passe-se pelo regime militar. Decorridos longas décadas de ditadura, mais de duas décadas, de 1964 a 1985, após 21 anos de autoritarismo, com os anos de chumbo em que a cidadania era limitada. Já a partir de 1970, passou a ocorrer abertura política, mesmo que lenta e gradual. O Brasil ia rumo à democracia novamente.

Torna-se relevante destacar a importante participação dos movimentos sociais para a construção do texto constitucional. Mais ainda, o destaque do movimento das pessoas com deficiência à época. Esse movimento foi de fundamental importância para o surgimento de direitos sociais das pessoas com deficiência na Carta Magna. Um dos pontos importantes para o desenvolvimento da organização do movimento das pessoas com deficiência é o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, 1981, que trouxe à tona a temática da deficiência para o mundo inteiro.

Para a consolidação de demandas, houve grande mobilização, com reuniões em Brasília e em Recife em meados dos anos 1986 e 1987, para juntar todas as reivindicações dessas pessoas, que tinham suas particularidades, a depender do impedimento existente. As pessoas com impedimento físico demandavam rampas; as pessoas que não se comunicavam pela via oral, demandavam a Língua Brasileira de Sinais, LIBRAS, por exemplo. Ocorreram debates acerca da temática, para que houvesse o entendimento de que não era a rampa apenas,

mas a questão da acessibilidade que estava em jogo. O Movimento Político das Pessoas com Deficiência teve forte atuação na consolidação da garantia de direitos. Ressalta-se que:

Os novos movimentos sociais, dentre os quais o movimento político das pessoas com deficiência, saíram do anonimato e, na esteira da abertura política, uniram esforços, formaram novas organizações, articularam-se nacionalmente, criaram 35 estratégias de luta para reivindicar igualdade de oportunidades e garantias de direitos.

Outro fator relevante foi a decisão da ONU de proclamar 1981 como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), sob o tema “Participação Plena e Igualdade”. O advento do AIPD colocou as pessoas com deficiência no centro das discussões, no mundo e também no Brasil. (LANNA JÚNIOR, 2010)

Toda essa efervescência de reivindicações, participação social, seja com a sociedade civil e os diversos movimentos sociais refletem na Constituição Federal. A Assembleia Nacional Constituinte, de 1987 a 1988, envolvida no espírito dos novos movimentos sociais, que foi a mais democrática da história do Brasil, com canais abertos e legítimos de participação popular.

Mário Cleber Martins Lanna Júnior (2010) destaca que as pessoas com deficiência foram tratadas, durante muitos anos, com desprezo e desrespeito quanto aos seus direitos, o que as motivou a se organizarem em grupos e promoverem um forte movimento de participação política no âmbito do processo de redemocratização do Brasil. Esse espaço foi sendo construído com muita luta, embates políticos, mas também, com conquistas importantes, embora, em muitos momentos sob a omissão do governo e com total invisibilidade por parte da sociedade. O autor destaca ainda que:

A Constituição Federal brasileira foi um marco importante no avanço e, também, um referencial de proteção por parte do Estado dos Direitos Humanos 11 dessas pessoas. No período de debates da Constituinte, os grupos de pessoas com deficiência tiveram um protagonismo notável, conseguindo que seus direitos fossem garantidos em várias áreas da existência humana. Da educação, à saúde, ao transporte, aos espaços arquitetônicos. Foi realmente uma vitória a se comemorar sempre que conseguimos avançar na legislação que regulamenta tais dispositivos constitucionais. (LANNA JÚNIOR, 2010, ps. 10 e 11)

Em 1988 tem-se a promulgação da Constituição Federal do Brasil. Esta consolida a Previdência Social como um sistema de direitos da cidadania, com esforço de toda a sociedade no seu financiamento. Além disso, trouxe a universalidade da cobertura, o que significa seu alcance a todos aqueles que dela necessitarem, mediante contribuição prévia. Ela trouxe os

trabalhadores rurais, antes de responsabilidade do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, Funrural, executor do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural e subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (BRASIL, 1971). Como o próprio nome diz, era um programa com caráter assistencialista. No artigo 201 da Lei Máxima define-se que:

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Trata-se da regulamentação de determinadas proteções sociais aos contribuintes da Previdência Social. A CF/88 traz avanços para a seguridade social brasileira, tanto para a previdência quanto para as demais políticas sociais componentes do tripé da Seguridade Social, Saúde e Assistência Social.

Capítulo 3 ANÁLISE DA LEI COMPLEMENTAR 142 DE 2013

3.1. A Lei Complementar 142

A Constituição Federal do Brasil foi promulgada em 5 de outubro de 1988. Decorridos mais de duas décadas de ditadura no território nacional, a Constituição Cidadã, veio para instituir a democracia no país. Dentre seus avanços, destacam-se os direitos sociais e individuais, além de segurança e bem estar. Vale ressaltar que ela trouxe também a instituição do direito à Seguridade Social, com o tripé sendo composto pela Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Ressalta-se da Carta Magna uma política que compõe o tripé da Seguridade Social, a Previdência Social. Na Constituição Federal de 1988, na seção III, artigo 201, parágrafo primeiro há que:

É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria aos beneficiários do regime geral de previdência social, ressalvados os casos de atividades exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física e quando se tratar de segurados portadores de deficiência, nos termos definidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 47, de 2005). (BRASIL, 1998, Art. 201)

Com isso, decorridos praticamente 25 anos da promulgação da Carta Magna brasileira, um marco histórico vem a surgir no ano de 2013. Este é o ano em que se regulamenta a aposentadoria das pessoas com deficiência no Estado Brasileiro, a partir de Lei Complementar, conforme sugere a Emenda constitucional nº 47 de 2005 (BRASIL, 2005).

Para consolidar a emenda constitucional citada, surgiu uma lei que faz referência ao texto do artigo 201, sendo esta a Lei Complementar 142. Esta foi sancionada em 8 de maio de 2013, com o objetivo de regulamentar o parágrafo primeiro do artigo 201 da Constituição Federal do Brasil, que se refere à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada pelo Regime Geral da Previdência Social, RGPS. Ela constitui-se de onze artigos, com quatro incisos no Art. 3º, dois parágrafos no Art. 6º, dois incisos no Art. 8º, e quatro incisos no Art. 9º. Sua breve composição não desmerece sua importância para as pessoas com deficiência, bem como para a história da previdência social brasileira. Chama a atenção o evidente desinteresse na regulamentação da aposentadoria para esses sujeitos. Passou-se cerca de duas

décadas e meia até a conquista desse direito, a partir da CF/88; e quase uma década, ou mais precisamente oito anos, após a redação da Emenda Constitucional nº 47 de 2005.

Na Lei Complementar 142, em seu artigo 2º reconhece-se o direito à aposentadoria da pessoa com deficiência ao considerá-la “aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 1988, Art. 2º). É relevante destacar que esse é o conceito da deficiência estabelecido na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que pode ser verificado em seu Artigo 1º, que diz que pessoas com deficiência “são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009, Art. 1). Para a Convenção, deficiência é um produto das barreiras sociais, que impedem a participação das pessoas que possuem alguma forma de impedimento corporal. Ou seja, a deficiência é a restrição de participação sofrida pelas pessoas com deficiência. E este conceito é integralmente incorporado pela Lei Complementar 142, que observa o debate sobre deficiência na medida em que não considera a deficiência um sinônimo do impedimento.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é considerada um marco político e jurídico importante no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência. Adotada pelas Nações Unidas em 2006, passa a ser um documento estruturante e uma referência fundamental para os países signatários. O Brasil ratificou a Convenção em 2007 e conferiu status constitucional ao seu texto em 2008, por meio da sua tramitação nas duas casas legislativas de acordo com a emenda constitucional nº. 45. Com a entrada da Convenção no ordenamento jurídico brasileiro, as políticas sociais foram desafiadas a se adequar ao texto então constitucional, por meio da revisão progressiva dos seus marcos normativos.

A Previdência Social, uma política social contributiva, é um direito garantido constitucionalmente. Assim, os contribuintes podem requerer a aposentadoria que lhes convém. Através de seu Regime Geral de Previdência Social, RGPS, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), dispõe de vários tipos de aposentadoria, sendo elas: aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria especial, aposentadoria por invalidez e aposentadoria por idade da pessoa com deficiência.

De forma geral, para os segurados do RGPS é preciso ter, pelo menos, 180 contribuições ou 15 anos de contribuição para que se solicite a aposentadoria especial, por tempo de contribuição ou por idade. Esse é o tempo de carência exigido para que se obtenha a concessão das aposentadorias citadas, segundo o artigo 29 do Decreto 3.048, que aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Mas ainda há algumas variações como, por exemplo, a depender se o trabalhador é do meio rural ou não, ou se trata de um contribuinte que solicita aposentadoria, mas é professor e contribuiu como tal, ou seja, com dedicação à docência.

Para aprofundamento na questão da aposentadoria é importante saber como constitui-se o valor a ser recebido mensalmente pelo beneficiário. Primeiramente, para se calcular o salário de benefício, que é basicamente o valor mensal a ser recebido para a aposentadoria, utiliza-se o fator previdenciário, exceto para a aposentadoria por invalidez. O valor não pode ser menos que um salário mínimo, nem maior que o salário de contribuição, com valor do teto de R\$ 4.390,24. No Art. 32, Inciso 11, do Dec. 3.048, afirma-se que: “O fator previdenciário será calculado considerando-se a idade, a expectativa de sobrevida e o tempo de contribuição do

segurado ao se aposentar, mediante a fórmula:

$$f = \frac{Tc \times a}{Es} \times \left[1 + \frac{(Id + Tc \times a)}{100} \right]$$

(BRASIL, 1999, Art. 2).

Além do fator previdenciário, no Art. 39 do decreto em questão, coloca-se que a renda mensal do benefício será calculada, sobre 70% do salário de benefício, mais um por cento por grupo de 12 contribuições, até o máximo de 30% para completar 100%. Já para a aposentadoria por tempo de contribuição, é 100% do salário de contribuição para a mulher, aos 30 anos de contribuição e o mesmo para o homem aos 35 anos de contribuição.

Ressalta-se que o Fator Previdenciário não será utilizado no caso da aposentadoria das pessoas com deficiência, apenas quando resultar de salário maior. No artigo 1 há que: “Aplicam-se à pessoa com deficiência de que trata esta Lei Complementar: I – o fator previdenciário nas aposentadorias, se resultar em renda mensal de valor mais elevado”. (Brasil, 2013) O Fator Previdenciário não se aplica a Lei Complementar 142, o que caracteriza grande avanço para o direito à aposentadoria das pessoas com deficiência. Contudo, ao não explicitar o significado de “valor mais elevado” deixa uma brecha. No entanto, essa brecha na

Lei Complementar não descaracteriza seu avanço, já que o Fator Previdenciário tendência à baixa do valor de benefício do segurado e ao retirá-lo, a pessoa com deficiência possui mais conquistas.

Com essas observações, o que se propõe destacar é que, no RGPS, quanto maior o número de contribuições e maior a idade no momento em que se solicita a aposentadoria, maior será o valor a ser recebido mensalmente com algumas exceções, como é o caso da aposentadoria por invalidez. Para entender melhor, é importante que se saiba como funciona o processo para uma pessoa com deficiência que solicita sua aposentadoria pelo critério da aposentadoria por idade para pessoa com deficiência.

Mas antes, torna-se relevante destacar como funciona a aposentadoria por idade no RGPS. Para essa aposentadoria, a pessoa deve ter 65 anos de idade, se homem, e 60 anos de idade, se mulher; por tempo de contribuição, seriam 35 anos de contribuição para o homem, e 30 anos de contribuição para a mulher. Contudo, como já foi salientado, existem variações no tempo de contribuição, como é o caso de professor com dedicação exclusiva para a docência, que tem redução de cinco anos.

A Lei Complementar 142/13 traz algumas condicionalidades para a aposentadoria da pessoa com deficiência. Nesse cenário, alguns cortes de idade são colocados, de acordo com o grau da deficiência que é apresentado. Tais condicionalidades são postas para que o segurado do RGPS tenha a concessão da aposentadoria enquanto pessoa com deficiência. Dessa forma, os graus a serem identificados se dividem entre deficiência grave, leve e moderada. No Art. 3º da lei complementar em questão, a redução do tempo de contribuição cai de: 1) 35 anos para 25, se homem, e de 30 anos para 20, se mulher, em caso de deficiência grave; 2) 29 anos, se homem e 24 se mulher, em caso de deficiência moderada 3) 33 anos, se homem, e 28, se mulher, em caso de deficiência leve. Ou seja, uma redução de 10, 6 e 2 anos, respectivamente. Além disso, com 60 anos de idade, sendo homem, ou 55 anos, sendo mulher, independente do grau, desde que cumpridos os 15 anos de contribuição, com comprovação de deficiência nesse período, a concessão também se concretiza.

A redução do tempo de contribuição para a pessoa com deficiência, a partir da Lei Complementar em questão, traz redução de alguns anos do tempo de contribuição do segurado. A depender do grau da deficiência, segundo essa legislação, a redução pode ser de 10, 6 ou 2 anos, para a deficiência considerada grave, moderada e leve, respectivamente. Mas

uma questão que não foge ao tema ao se comparar os anos de redução é o porquê de uma redução de apenas de anos, enquanto há a redução de 10 anos. Ou seja, será que uma pessoa que tenha a deficiência considerada leve tenha o direito de redução de apenas dois anos? Esse número é representativo para essa redução em que sentido? A reflexão colocada traz alguns questionamentos, como o entendimento de que a redução poderia ser de outro número, três anos ou mais. Ou seja, os números apresentados de redução total do tempo de contribuição são significativos, mas o porquê de seus números ainda não há resposta.

Destaca-se que a lei complementar trouxe muitos avanços para a pessoa com deficiência que contribui para o INSS. Contudo, há que se refletir sobre os graus de deficiência que a lei complementar estabelece. Ela apresenta que a deficiência possui graus e que os mesmos devem ser comprovados para que, a partir daí, se estabeleça quantos anos de contribuição a menos o segurado terá direito. Essa gradação a que a lei estabelece ignora que a deficiência é social.

O ano de 2013 trouxe um marco histórico na luta dos direitos das pessoas com deficiência. Foi o ano em que se conseguiu concretizar o direito à aposentadoria das pessoas com deficiência de forma diferenciada. Um direito garantido constitucionalmente, adquirido após longos anos desde a promulgação da Constituição Cidadã. Um avanço para os direitos das pessoas com deficiência, um direito social que há muito era almejado.

3.2. O Decreto 8.145

Além da Lei Complementar 142, sete meses após sua promulgação, é assinado o Decreto 8.145, em 3 de dezembro de 2013, que altera o Regulamento da Previdência Social – RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, que dispõe sobre o a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência. Este Decreto foi promulgado um mês após a Lei Complementar em questão ter entrado em vigor.

Alguns pontos são relevantes e merecem destaque ao se referir ao Decreto 8.114. Destaca-se que em seu Art. 70-D diz que:

Para efeito de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência, compete à perícia própria do INSS, nos termos de ato conjunto do Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dos Ministro de Estado

da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Advogado Geral da União:

- I- Avaliar o segurado e fixar a data provável do início da deficiência e o seu grau e;
- II- Identificar a ocorrência de variação no grau de deficiência e indicar os respectivos períodos em cada grau. (BRASIL, 2013, Ar. 70-D)

Torna-se relevante destacar alguns pontos. Primeiramente, para que essa identificação seja feita solicita-se documentos que auxiliem na avaliação médica e funcional. Além disso, a avaliação realizada, tanto pelo perito quanto pelo assistente social³, só é válida para fins previdenciários. O segurado deve levar documentação que comprove início do impedimento, bem como período em que esteve com determinado impedimento, caso o mesmo não seja permanente. Mas um questionamento a ser realizado é em que parâmetro se foi pautado para que se estabelecesse a necessidade de identificação do grau da deficiência, bem como quando ela começou.

Em seu art. 32, o Decreto traz alterações referentes ao Fator Previdenciário, que diz as aposentadorias por idade e por tempo de contribuição da pessoa com deficiência será garantido mediante renda mensal de valor mais elevado. (Brasil, 2013). Não obstante, o Instituto Nacional de Seguro Social deve fazer os cálculos da renda mensal inicial com e sem o fator previdenciário para identificá-lo. Como não há explicitação do valor referente ao termo “valor elevado” subtende-se que seja quando o valor de benefício, a ser recebido mensalmente pelo segurado, seja superior ao teto. A especificidade do fator previdenciário é caracterizada um avanço.

Além disso, há critérios diferenciados no tocante ao salário de benefício, já que traz que a renda mensal do benefício será em 100% sobre o salário de benefício quando o segurado conseguir comprovar o tempo de contribuição, enquanto pessoa com deficiência, de acordo com o grau da deficiência, ou seja, de 25, 29 ou 33 anos de contribuição. Logo, terá redução significativa do tempo de contribuição e sem redução do valor a ser recebido mensalmente. O Decreto 8.145 traz várias alterações para o Decreto 3.048, com diversos acréscimos, a fazer cumprir a Lei Complementar 142. Como exemplo tem-se o acréscimo da Subseção IV-A, no Decreto, instituída com sua promulgação.

³ A portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP N° 1 de 27 de janeiro de 2014 estabelece em seu Artigo 2º, Inciso 1º que a avaliação funcional será realizada pelo Serviço Social.

Dentre as limitações existentes com o Decreto existente, bem como a Lei Complementar que o faz surgir, está o quesito comprovação da condição da pessoa com deficiência, bem como quando esta começou e terminou, caso o impedimento tenha começado após determinado período, por exemplo. O que destaca-se é que existem problemas para se mensurar esse tempo. O mesmo ocorre no tocante à mensuração do grau da deficiência que é identificado a partir de perícia médica e pelo Serviço Social. Compreende-se que, socialmente, não é possível consolidar essa mensuração, que desconsidera a deficiência no modelo social, em que a deficiência é causada pelos diversos impedimentos colocados pela sociedade não sensível à diversidade do ser humano.

3.3. A Portaria Interministerial nº 1

Além do decreto assinado, outro marco importante é a Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP Nº 1, de 27 de janeiro de 2014, publicado no Diário Oficial da União dois dias depois. Sua relevância evidencia-se por aprovar o instrumento de avaliação do segurado da Previdência Social para a identificação dos graus da deficiência que a Lei Complementar ressalta que deve ser avaliado. Resumidamente, tendo em vista o art. 3º do Decreto 8.145/13, ela coloca que o INSS fica responsável pela identificação do início da deficiência, bem como a identificação de seu grau, realizadas pelo médico e assistente social do quadro de servidores do referido órgão.

A concessão da aposentadoria fica condicionada à classificação a ser realizada por avaliação médica e funcional, segundo o art. 2º da portaria. Além disso, esse ainda estabelece que:

§ 1º A avaliação funcional indicada no caput será realizada com base no conceito de funcionalidade disposto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, da Organização Mundial de Saúde, e mediante a aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para Fins de Aposentadoria - IFBrA, conforme o instrumento anexo a esta Portaria.

§ 2º A avaliação médica e funcional, disposta no caput, será realizada pela perícia própria do INSS, a qual engloba a perícia médica e o serviço social, integrantes do seu quadro de servidores públicos. (BRASIL, 2013, 2014, Art. 2º)

Para a OMS (2004, p. 7), segundo a CIF, funcionalidade significa um termo que

engloba todas as funções do corpo, envolve atividades e participação. Seu conceito baseia a avaliação funcional realizada pelo assistente social. Logo, caracteriza-se como positiva essa linha norteadora, já que se separa da compreensão da avaliação enquanto incapacidade, que é pautada no modelo médico como problema individual, causado por doença.

O IF-BrA, Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para fins de Classificação e Concessão da Aposentadoria da Pessoa com Deficiência, é o instrumento a ser utilizado para a classificação do grau da deficiência, como estabelecido na LC 142/13. Outro ponto importante desse documento é a explicitação do profissional que irá realizar a avaliação funcional, que antes poderia causar dúvidas sobre quem a aplicaria. O questionamento sobre quem aplicaria a avaliação poderia vir a surgir a partir da terminologia “funcional”, que não remete ao assistente social, a princípio, e gerar dúvida quanto ao profissional que a realizaria. Assim, a portaria aponta que a perícia realizada pelo INSS engloba o médico e o assistente social, a tirar qualquer ambiguidade existente. Ao destacar o Serviço Social, retira brechas que poderiam levar a possíveis equívocos, como pensar que poderia ser o terapeuta ocupacional, por exemplo. Destaca-se que esse é um instrumento ainda não validado, com prazo de até o início de 2015 para sofrer revisão, mas em processão de validação. A portaria traz mais detalhes de pontos cruciais da lei.

O Assistente Social é um profissional que faz a avaliação social, diferente do perito médico que faz a avaliação pericial. O Assistente Social é o profissional especialista em políticas sociais, com formação generalista e voltada para a sociedade. O Serviço Social planeja e executa políticas públicas, pode vir a conciliar os diversos interesses existentes. Seja pela formação pluralista ou por ser executor terminal de políticas sociais ou, ainda, por ter uma formação de totalidade da sociedade, o assistente social foi escolhido e está frente a frente à conquista dos direitos à aposentadoria das pessoas com deficiência.

Outro avanço trazido pela Lei Complementar é que a avaliação deve ser realizada com articulação entre peritos médicos e assistentes sociais. Isso é inédito no Instituto Nacional de Seguro Social, já que a exemplo da avaliação para a concessão do Benefício de Prestação Continuada, BPC, realiza-se totalmente separadamente, sem articulação entre esses profissionais. Essa articulação não compromete a atuação de cada profissional, pois suas avaliações são diferentes, com enfoques distintos, cujos saberes são de áreas de conhecimentos díspares. Logo, ocorre uma relação mais aproximada entre aqueles profissionais, que remete à

compreensão de que a deficiência é social, ou seja, com o debate voltado para as barreiras colocadas pela sociedade, de acordo com o conceito de deficiência da Convenção.

A Portaria estabelece que, para os efeitos do Decreto 8.145, o impedimento de longo prazo é aquele que produz efeitos de natureza física, mental, sensorial ou intelectual pelo prazo de, pelo menos, 2 anos ininterruptamente. (BRASIL, 2014) No entanto, um questionamento que deve ser levantado é o porquê de dois anos? Ou seja, não existe uma regra para que esse número tenha sido estabelecido, logo, quais os critérios para essa temporalidade?

Além disso, há que comprovar-se o tempo de contribuição enquanto pessoa com deficiência ou sem deficiência. A partir disso, será efetuada a soma do tempo total de contribuição de acordo com o grau da deficiência verificado. Para exemplificar tem-se que um sujeito começa a contribuir para o INSS em 1995, contudo em 2000 sofre um acidente que faz com que necessite amputar as duas pernas, tornando-o uma pessoa com deficiência física. A partir de então, sua contribuição para o INSS passa a contar enquanto uma pessoa com deficiência, cujo grau ser definido quando solicitar a perícia no devido órgão. Ele somaria os anos de contribuição de 1995 até 2000, mais os anos de contribuição enquanto uma pessoa com impedimento físico, definido o grau da deficiência, bem como os anos de contribuição e os demais requisitos, poderá solicitar aposentadoria por idade enquanto pessoa com deficiência.

Ainda sobre a Portaria, destaca-se que o IF-BrA, que veio em anexo à ela, traz prerrogativas de como se dará a avaliação pelos profissionais do INSS. No item 4 é possível verificar a aplicação do instrumento, ou seja, a matriz. A partir dela tem-se a pontuação dos níveis de independência; a identificação das barreiras externas; a aplicação de modelo linguístico classificado como *fuzzy*; o cálculo do score dos domínios e da pontuação total; e a classificação da deficiência em leve, moderada e grave. Já no item 5, tem-se a apresentação do formulário, que constitui-se de um total de 4 formulários. O primeiro refere-se à identificação do avaliado e da avaliação, a ser preenchido tanto pelo médico quanto pelo assistente social. Já o segundo formulário coloca em destaque as funções corporais acometidas, a ser preenchido apenas pelo médico. O terceiro formulário refere-se à aplicação do instrumento, ou seja, a matriz, a ser preenchido tanto pela perícia médica quanto pelo Serviço Social. O último, diz respeito do modelo *fuzzy*, também a ser preenchido pelas duas áreas.

O Índice de Funcionalidade Brasileiro é um instrumento que lista 41 atividades distribuídas entre 7 domínios. Cada atividade do instrumento é avaliada por uma escala de pontuação que considera a dependência dos sujeitos avaliados em relação a outras pessoas ou a produtos e tecnologias, sempre em comparação às demais pessoas no contexto em que o sujeito está inserido. As atividades são baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), e a escala é uma adaptação da Medida de Independência Funcional, (MIF), que são documentos reconhecidos internacionalmente como legítimos para a discussão sobre deficiência e saúde coletiva.

A proposta da Secretaria de Direitos Humanos é de que o IFBrA seja o instrumento oficial para a identificação dos sujeitos com deficiência para todas as políticas sociais no Brasil (FRANZOI et al, 2013a; 2013b). Mas embora a elaboração do instrumento tenha sido finalizada, o IFBrA ainda não foi validado, mas encontra-se em processo de validação.

Dado que a Convenção propõe um conceito único a ser operacionalizado pela proteção social brasileira, a Secretaria de Direitos Humanos, SDH, encomendou ao IETS/UFRJ um instrumento que possibilitasse identificar as pessoas com deficiência a partir dos parâmetros normativos vigentes. A partir disso, o IFBr é uma ferramenta de avaliação do candidato com deficiência à proteção social de qualquer política brasileira, na concepção da SDH. Dentre as pessoas que se candidatam a determinada proteção ou benefício, o IFBr deve ser capaz de auxiliar na identificação e seleção apenas daquelas pessoas, com deficiência, que se adequem ao conceito constitucional.

O instrumento em questão coloca a avaliação do médico e do assistente social, por vezes realizada conjuntamente ou não, ou seja, é realizada por equipe multidisciplinar. O resultado da avaliação é a classificação da deficiência, a ser considerada leve, moderada ou grave através da totalidade das pontuações realizadas no decorrer das avaliações. A depender da pontuação, que implica na classificação da deficiência, conforme é solicitada na Lei Complementar, a pessoa com deficiência pode ter a redução de 10, 6 ou 2 anos do tempo total de contribuição para que se aposente em menos tempo. Esse resultado é determinante para o segurado, pois delimitará o rumo de sua aposentadoria.

A Portaria trouxe a identificação dos aspectos metodológicos do IFBr, os formulários, bem como escala de pontuação, as condições das barreiras externas e as condições do modelo *Fuzzy*. Ao aprovar o instrumento, a Portaria permite que o mesmo difundido para maior

conhecimento tanto dos usuários, como pesquisadores e profissionais de outros órgãos, já que é de interesse das demais áreas de políticas públicas, pois se acredita que esse seja o instrumento a ser utilizado para as demais políticas sociais. .

Como já foi pautado, a gradação da deficiência não vai de encontro com o entendimento do modelo social da deficiência, não é possível sua classificação no âmbito social. Logo, as pontuações apresentadas pelo Índice são, no mínimo, questionáveis do ponto de vista social. Há que se pensar em que medida essa gradação vem a contribuir positivamente para a garantia do direito à aposentadoria das pessoas com deficiência.

Considerações Finais

Após anos de luta para a garantia de direitos, a Constituição Cidadã surgiu em 1988 como marco referencial para consolidação de direitos sociais, civis e políticos. Com a participação da sociedade civil, movimentos sociais, movimento político das pessoas com deficiência, a Constituição Federal surgiu com vários avanços para as políticas sociais. As pessoas com deficiência alcançaram a garantia de direitos nos mais diversos capítulos da Carta Magna. No entanto, ainda havia direitos sociais a serem consolidados.

A Previdência Social destaca-se dentre o tripé da Seguridade Social, para este estudo. Constitui-se enquanto política social, contributiva, de filiação obrigatória, diferente da Saúde, que é não contributiva e universal. Diferencia-se também da Assistência Social, que é não contributiva e para quem dela necessitar. A política social em questão tem um histórico do seguro social obrigatório, voltado para quem contribui.

A Carta Maior, de 1988, traz em seu artigo 201 a aposentadoria com requisitos e critérios diferenciados para as pessoas com deficiência, para o Regime Geral de Previdência Social. A redação à essa especificação foi dada a partir da Emenda Constitucional nº 47, de 2005. Logo, decorridos quase 25 anos da promulgação da Constituição Federal do Brasil, regulamenta-se em 2013 a Lei Complementar 142, sancionada em 8 de maio desse ano.

Essa lei traz avanços para a temática da deficiência. Com ela, as pessoas com deficiência passam a ter diferenciações no deferimento da aposentadoria. A redução do tempo de contribuição é de 2, 6 e 10 anos, a depender do grau da deficiência. A pessoa pode conseguir se aposentar com 55 anos de idade, se mulher e 60, se homem, com requisito de contribuição mínima de 15 anos ou 180 meses. É um avanço que beneficia muitas pessoas com deficiência, que antes demorariam muito mais para se aposentar.

Dentre os critérios para a obtenção do direito à aposentadoria para pessoa com deficiência é preciso ter, no mínimo, 15 anos de contribuição, ou 180 meses; ter impedimento de longa duração, de pelo menos 2 anos; comprovar quando iniciou o impedimento, caso não tenha sido desde o começo da contribuição para a Previdência Social. Além disso, é preciso que seja identificado o grau da deficiência, com perícia médica e avaliação social. A deficiência possui gradação de leve, moderada e grave, com redução do tempo de contribuição de

dois, seis ou dez anos, respectivamente; ou ainda, redução de 55 anos de idade, se mulher, e 60 anos, se homem.

A pessoa com deficiência precisa ser segurada do Regime Geral de Previdência Social, RGPS, ou seja, ser celetista, ou ainda, regida pela Consolidação das Leis de Trabalho, CLT. A partir daí, pode solicitar revisão dos anos de contribuição enquanto pessoa com deficiência, para que se faça o cálculo a partir das contribuições enquanto tal, de acordo com o grau de deficiência definido pelos peritos médicos e assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social.

Critica-se o fato da necessidade de verificação do grau da deficiência, que é realizada por avaliação médica e social, sendo verificada por médico e assistente social, respectivamente. Entende-se que a identificação do grau da deficiência, desconsidera que a deficiência é social, e que não é possível sua classificação social enquanto grau de deficiência. Já que a deficiência é uma construção social, constituída pela falta de sensibilidade da sociedade à diversidade humana, segundo o modelo social da deficiência. Compreende-se, ainda, que essa exigência traz um entendimento voltado para o modelo médico da deficiência, em que o grau justificaria a redução do tempo de contribuição de 2, 6 ou 10 anos.

Contudo, há que ressaltar que a Lei Complementar 142 traz avanços no quesito aposentadoria das pessoas com deficiência, que passam a ter mais uma opção de solicitação de aposentadoria. Os sujeitos com deficiência podem solicitar a aposentadoria enquanto pessoa com deficiência ou outro tipo lhe seja mais vantajoso, seja aposentadoria por idade, por tempo de contribuição ou outra mais benéfica.

Dentre os avanços e conquistas ainda a serem alcançados, salienta-se que muitas são as pessoas com deficiência que não estão inseridas no mercado de trabalho formal, o que precisa ser mudado, a saber que muitas não conseguem sua inserção por simples preconceito. A sociedade deficiente traz barreiras que impossibilitam muitas pessoas com deficiência de obterem a inserção no mercado de trabalho formal. A luta é fazer com que a lei complementar em questão tenha uma abrangência cada vez maior, com análise do debate do modelo social da deficiência, não do debate médico. Além disso, luta para que se tenha uma sociedade aberta ao diverso, às diferentes maneiras de existir no mundo, que seja sem preconceitos, sem barreiras ou limitações impostas às pessoas com deficiência.

Assim, destaca-se a relevância da aposentadoria para as pessoas com deficiência, um marco histórico na história da luta dos direitos das pessoas com deficiência. Que a luta continue por mais direitos, “por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres” (Rosa Luxemburgo)

Referências Bibliográficas

BARNES, Colin. *¿Un chiste 'malo': Rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita?* In: BROGNA, Patricia (org.) **“Visiones y revisiones de la discapacidad**. Trad. de Mariano Sánchez Ventura. - México: Fondo de Cultura Económica - FCE, 2009. Seção de obras de Educação e Pedagogia; p. 101-122.

DINIZ, Debora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos). 89 páginas.

_____. **Deficiência e Políticas Sociais – entrevista com Colin Barnes**. Revista SER Social. Política Social e Deficiência. Brasília, Volume 15, nº 32, jan/jun, 2013; p.237-251.

BEHRING, Elaine Rossetti, e BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2010. Biblioteca Básica de Serviço Social, volume 2. Caps. 2 e 3.

MARTINS, Bruno Sena, FONTES, Fernando, HESPANHA, Pedro, BERG, Aleksandra. **A emancipação dos estudos da deficiência**. In: Revista Crítica de Ciências Sociais [Online], 98, 2012, colocado online no dia 06 Junho 2013, criado a 30 Janeiro 2014. URL: <http://rccs.revues.org/5014>; DOI : 10.4000/rccs.5014. Acessado em: 5 de abril de 2014.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Direção Geral da Saúde, 2002.. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acessado em: 1 maio de 2014

FRANZOI AC, COSTA AJL, XEREZ D, MIRANDA K, BIRON L, THEDIM M, et al. **Relatório Final de Pesquisa Contratada pelas Secretarias da Presidência da República Federativa do Brasil sendo (1) a Secretaria Nacional de Promoção dos direitos da Pessoa com Deficiência e (2) a Secretaria de Direitos Humanos - Elaboração de instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros**. [Relatório de Pesquisa - UFRJ - IETS - Instituto de Estudos de Trabalho e

Sociedade]. In press 2013.

FRANZOI AC, XEREZ DR, BLANCO M, AMARAL T, COSTA AJ, KHAN P, 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.** [Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br]. Acta Fisiátrica [Internet]. 2013; 20(3):[164-70 pp.]. Available from: DOI: 10.5935/0104-7795.20130028; Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br/default.asp>>.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado Capitalista: as funções da previdência e assistência sociais.** 10ª edição, São Paulo: Cortez, 2007, 216 páginas.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais.** Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001

MARTINS, Bruno Sena, FONTES, Fernando, Hespanha, Pedro, BERG, Aleksandra. **A emancipação dos estudos da deficiência.** Revista Crítica de Ciências Sociais, 98, pág. 45 a 64, 2012.

PEREIRA, Potyara A. P. Potyara. **Política social: temas & questões.** 3ª ed, São Paulo: Cortez, 2011.

Páginas da Web consultadas

BRASIL, 1999. **Decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999.** Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm>. Acesso em 1 de março de 2014.

_____. 1971. **Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971**. Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp11.htm>. Acesso em 22 de julho de 2014.

_____. **Emenda Constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005**. Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc47.htm>. Acesso em: 20 de abril de 2014.

_____. **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: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em 10 de julho de 2014.

_____. **Lei Complementar 142, de 8 de maio de 2013**. Regulamenta o § 1o do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp142.htm>. Acesso em 5 de janeiro de 2014.

_____. **Decreto nº 8.145, de 3 de dezembro de 2013**. Altera o Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8145.htm>. Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

_____. **Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1 de 27 de janeiro de 2014**. Disponível em: <<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=265085> >. Acesso em 27 de fevereiro de 2014.

Jus Brasil. 87 anos: Lei Eloy Chaves é a base da previdência social brasileira. ACS/MPS. Disponível em: <<http://mps.jusbrasil.com.br/noticias/2063032/87-anos-lei-eloy-chaves-e-a-base-da-previdencia-social-brasileira>>. Acesso em: 9 de julho de 2014.

LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil** / compilado. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oxscYK9Xr4M>. Acesso em 20 de julho de 2014 e <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/Hist%C3%B3ria%20do%20Movimento%20Pol%C3%ADtico%20das%20Pessoas%20com%20Defici%C3%Aancia%20no%20Brasil.pdf>.

OMS, Organização Mundial da Saúde, **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.inr.pt%2Fdownload.php%3Ffilename%3DClassifica%25E7%25E3o%2BInternacional%2Bde%2BFuncionalidade%252C%2BIncapacidade%2Be%2BSa%25FAde%26file%3D%252Fuploads%252Fdocs%252Fcif%252FCIF_port_%2B2004.pdf&ei=nlEU8iWJeXesATP24H4BQ&usg=AFQjCNFsVPnO8St46ykg2KiejsyUJqvQkA&bvm=bv.70810081,d.b2U. Acesso em 15 de março de 2014.

Previdência Social. **Aposentadoria por Idade da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/821>. Acesso em 10 de março de 2014.

_____. **Cálculo do Valor da Aposentadoria por Idade da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/847>. Acesso em: 11 de março de 2014.

Priberam. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Busca de "pública". In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/pública>. Acesso em 11 de julho de 2014.

_____. Dicionário da Língua Portuguesa. Busca de "política". In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/política>. Acesso em: 11 de julho de 2014.

Anexos

Anexo A - BRASIL, Lei Complementar nº142 de 8 de maio de 2013.

Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. 4

LEI COMPLEMENTAR Nº 142, DE 8 DE MAIO DE 2013

Vigência

Vide Decreto nº 3.048, de 1999

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º Esta Lei Complementar regulamenta a concessão de aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS de que trata o § 1º do art. 201 da Constituição Federal.

Art. 2º Para o reconhecimento do direito à aposentadoria de que trata esta Lei Complementar, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Art. 3º É assegurada a concessão de aposentadoria pelo RGPS ao segurado com deficiência, observadas as seguintes condições:

I - aos 25 (vinte e cinco) anos de tempo de contribuição, se homem, e 20 (vinte) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência grave;

II - aos 29 (vinte e nove) anos de tempo de contribuição, se homem, e 24 (vinte e quatro) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência moderada;

III - aos 33 (trinta e três) anos de tempo de contribuição, se homem, e 28 (vinte e oito) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência leve; ou

IV - aos 60 (sessenta) anos de idade, se homem, e 55 (cinquenta e cinco) anos de idade, se mulher, independentemente do grau de deficiência, desde que cumprido tempo mínimo de contribuição de 15 (quinze) anos e comprovada a existência de deficiência durante igual período.

Parágrafo único. Regulamento do Poder Executivo definirá as deficiências grave, moderada e leve para os fins desta Lei Complementar.

Art. 4º A avaliação da deficiência será médica e funcional, nos termos do Regulamento.

Art. 5º O grau de deficiência será atestado por perícia própria do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, por meio de instrumentos desenvolvidos para esse fim.

Art. 6º A contagem de tempo de contribuição na condição de segurado com deficiência será objeto de comprovação, exclusivamente, na forma desta Lei Complementar.

⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp142.htm. Acesso em 1º de fevereiro de 2014.

§ 1º A existência de deficiência anterior à data da vigência desta Lei Complementar deverá ser certificada, inclusive quanto ao seu grau, por ocasião da primeira avaliação, sendo obrigatória a fixação da data provável do início da deficiência.

§ 2º A comprovação de tempo de contribuição na condição de segurado com deficiência em período anterior à entrada em vigor desta Lei Complementar não será admitida por meio de prova exclusivamente testemunhal.

Art. 7º Se o segurado, após a filiação ao RGPS, tornar-se pessoa com deficiência, ou tiver seu grau de deficiência alterado, os parâmetros mencionados no art. 3º serão proporcionalmente ajustados, considerando-se o número de anos em que o segurado exerceu atividade laboral sem deficiência e com deficiência, observado o grau de deficiência correspondente, nos termos do regulamento a que se refere o parágrafo único do art. 3º desta Lei Complementar.

Art. 8º A renda mensal da aposentadoria devida ao segurado com deficiência será calculada aplicando-se sobre o salário de benefício, apurado em conformidade com o disposto no art. 29 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, os seguintes percentuais:

I - 100% (cem por cento), no caso da aposentadoria de que tratam os incisos I, II e III do art. 3º; ou

II - 70% (setenta por cento) mais 1% (um por cento) do salário de benefício por grupo de 12 (doze) contribuições mensais até o máximo de 30% (trinta por cento), no caso de aposentadoria por idade.

Art. 9º Aplicam-se à pessoa com deficiência de que trata esta Lei Complementar:

I - o fator previdenciário nas aposentadorias, se resultar em renda mensal de valor mais elevado;

II - a contagem recíproca do tempo de contribuição na condição de segurado com deficiência relativo à filiação ao RGPS, ao regime próprio de previdência do servidor público ou a regime de previdência militar, devendo os regimes compensar-se financeiramente;

III - as regras de pagamento e de recolhimento das contribuições previdenciárias contidas na Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991;

IV - as demais normas relativas aos benefícios do RGPS;

V - a percepção de qualquer outra espécie de aposentadoria estabelecida na Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que lhe seja mais vantajosa do que as opções apresentadas nesta Lei Complementar.

Art. 10. A redução do tempo de contribuição prevista nesta Lei Complementar não poderá ser acumulada, no tocante ao mesmo período contributivo, com a redução assegurada aos casos de atividades exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física.

Art. 11. Esta Lei Complementar entra em vigor após decorridos 6 (seis) meses de sua publicação oficial.

Brasília, 8 de maio de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

Miriam Belchior

Garibaldi Alves Filho

Maria do Rosário Nunes

Este texto não substitui o publicado no DOU de 9.5.2013

Anexo B

Decreto 8.145, de 3 de dezembro de 2013.

Altera o Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência.⁵

DECRETO Nº 8.145, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2013

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, **caput**, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013,

DECRETA:

Art. 1º O Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 19.

.....
§ 8º Constarão no CNIS as informações do segurado relativas aos períodos com deficiência leve, moderada e grave, fixadas em decorrência da avaliação médica e funcional.”
(NR)

“Art. 32.

.....
§ 23. É garantida a aplicação do fator previdenciário no cálculo das aposentadorias por tempo de contribuição e por idade devidas ao segurado com deficiência, se resultar em renda mensal de valor mais elevado, devendo o INSS, quando da concessão do benefício, proceder ao cálculo da renda mensal inicial com e sem a aplicação do fator previdenciário.

§ 24. Para efeitos do disposto no § 23, na aplicação do fator previdenciário, será considerado o tempo de contribuição computado para fins de cálculo do salário-de-benefício.”
(NR)

“Art. 39.

.....
IV -

.....
d) cem por cento do salário-de-benefício, para o segurado que comprovar, na condição de pessoa com deficiência, o tempo de contribuição disposto no art. 70-B;

.....
§ 2º Para os segurados especiais, inclusive os com deficiência, é garantida a concessão, alternativamente:

.....” (NR)

“Subseção IV-A

⁵ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8145.htm. Acesso em 1 de fevereiro de 2014.

Das Aposentadorias por Tempo de Contribuição e por Idade do Segurado com Deficiência

Art. 70-A. A concessão da aposentadoria por tempo de contribuição ou por idade ao segurado que tenha reconhecido, em avaliação médica e funcional realizada por perícia própria do INSS, grau de deficiência leve, moderada ou grave, está condicionada à comprovação da condição de pessoa com deficiência na data da entrada do requerimento ou na data da implementação dos requisitos para o benefício.

Art. 70-B. A aposentadoria por tempo de contribuição do segurado com deficiência, cumprida a carência, é devida ao segurado empregado, inclusive o doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual e facultativo, observado o disposto no art. 199-A e os seguintes requisitos:

I - aos vinte e cinco anos de tempo de contribuição na condição de pessoa com deficiência, se homem, e vinte anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência grave;

II - aos vinte e nove anos de tempo de contribuição na condição de pessoa com deficiência, se homem, e vinte e quatro anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência moderada; e

III - aos trinta e três anos de tempo de contribuição na condição de pessoa com deficiência, se homem, e vinte e oito anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência leve.

Parágrafo único. A aposentadoria de que trata o **caput** é devida aos segurados especiais que contribuam facultativamente, de acordo com o disposto no art. 199 e no § 2º do art. 200.

Art. 70-C. A aposentadoria por idade da pessoa com deficiência, cumprida a carência, é devida ao segurado aos sessenta anos de idade, se homem, e cinquenta e cinco anos de idade, se mulher.

§ 1º Para efeitos de concessão da aposentadoria de que trata o **caput**, o segurado deve contar com no mínimo quinze anos de tempo de contribuição, cumpridos na condição de pessoa com deficiência, independentemente do grau, observado o disposto no art. 70-D.

§ 2º Aplica-se ao segurado especial com deficiência o disposto nos §§ 1º a 4º do art. 51, e na hipótese do § 2º será considerada a idade prevista no **caput** deste artigo, desde que o tempo exigido para a carência da aposentadoria por idade seja cumprido na condição de pessoa com deficiência.

Art. 70-D. Para efeito de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência, compete à perícia própria do INSS, nos termos de ato conjunto do Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dos Ministros de Estado da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Advogado-Geral da União:

I - avaliar o segurado e fixar a data provável do início da deficiência e o seu grau; e

II - identificar a ocorrência de variação no grau de deficiência e indicar os respectivos períodos em cada grau.

§ 1º A comprovação da deficiência anterior à data da vigência da Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013, será instruída por documentos que subsidiem a avaliação médica e funcional, vedada a prova exclusivamente testemunhal.

§ 2º A avaliação da pessoa com deficiência será realizada para fazer prova dessa condição exclusivamente para fins previdenciários.

§ 3º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas

barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 4º Ato conjunto do Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dos Ministros de Estado da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Advogado-Geral da União definirá impedimento de longo prazo para os efeitos deste Decreto.

Art. 70-E. Para o segurado que, após a filiação ao RGPS, tornar-se pessoa com deficiência, ou tiver seu grau alterado, os parâmetros mencionados nos incisos I, II e III do **caput** do art. 70-B serão proporcionalmente ajustados e os respectivos períodos serão somados após conversão, conforme as tabelas abaixo, considerando o grau de deficiência preponderante, observado o disposto no art. 70-A:

MULHER				
TEMPO A CONVERTER	MULTIPLICADORES			
	Para 20	Para 24	Para 28	Para 30
De 20 anos	1,00	1,20	1,40	1,50
De 24 anos	0,83	1,00	1,17	1,25
De 28 anos	0,71	0,86	1,00	1,07
De 30 anos	0,67	0,80	0,93	1,00

HOMEM				
TEMPO A CONVERTER	MULTIPLICADORES			
	Para 25	Para 29	Para 33	Para 35
De 25 anos	1,00	1,16	1,32	1,40
De 29 anos	0,86	1,00	1,14	1,21
De 33 anos	0,76	0,88	1,00	1,06
De 35 anos	0,71	0,83	0,94	1,00

§ 1º O grau de deficiência preponderante será aquele em que o segurado cumpriu maior tempo de contribuição, antes da conversão, e servirá como parâmetro para definir o tempo mínimo necessário para a aposentadoria por tempo de contribuição da pessoa com deficiência e para a conversão.

§ 2º Quando o segurado contribuiu alternadamente na condição de pessoa sem deficiência e com deficiência, os respectivos períodos poderão ser somados, após aplicação da conversão de que trata o **caput**.

Art. 70-F. A redução do tempo de contribuição da pessoa com deficiência não poderá ser acumulada, no mesmo período contributivo, com a redução aplicada aos períodos de contribuição relativos a atividades exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física.

§ 1º É garantida a conversão do tempo de contribuição cumprido em condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física do segurado, inclusive da pessoa com deficiência, para fins da aposentadoria de que trata o art. 70-B, se resultar mais favorável ao segurado, conforme tabela abaixo:

MULHER						
TEMPO CONVERTER	A	MULTIPLICADORES				
		Para 15	Para 20	Para 24	Para 25	Para 28
De 15 anos		1,00	1,33	1,60	1,67	1,87
De 20 anos		0,75	1,00	1,20	1,25	1,40
De 24 anos		0,63	0,83	1,00	1,04	1,17
De 25 anos		0,60	0,80	0,96	1,00	1,12
De 28 anos		0,54	0,71	0,86	0,89	1,00

HOMEM						
TEMPO CONVERTER	A	MULTIPLICADORES				
		Para 15	Para 20	Para 25	Para 29	Para 33
De 15 anos		1,00	1,33	1,67	1,93	2,20
De 20 anos		0,75	1,00	1,25	1,45	1,65
De 25 anos		0,60	0,80	1,00	1,16	1,32
De 29 anos		0,52	0,69	0,86	1,00	1,14
De 33 anos		0,45	0,61	0,76	0,88	1,00

§ 2º É vedada a conversão do tempo de contribuição da pessoa com deficiência para fins de concessão da aposentadoria especial de que trata a Subseção IV da Seção VI do Capítulo II.

§ 3º Para fins da aposentadoria por idade da pessoa com deficiência é assegurada a conversão do período de exercício de atividade sujeita a condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, cumprido na condição de pessoa com deficiência, exclusivamente para efeito de cálculo do valor da renda mensal, vedado o cômputo do tempo convertido para fins de carência.

Art.70-G. É facultado ao segurado com deficiência optar pela percepção de qualquer outra espécie de aposentadoria do RGPS que lhe seja mais vantajosa.

Art. 70-H. A critério do INSS, o segurado com deficiência deverá, a qualquer tempo, submeter-se a perícia própria para avaliação ou reavaliação do grau de deficiência.

Parágrafo único. Após a concessão das aposentadorias na forma dos arts. 70-B e 70-C, será observado o disposto nos arts. 347 e 347-A.

Art. 70-I. Aplicam-se à pessoa com deficiência as demais normas relativas aos benefícios do RGPS.” (NR)

“Art. 125.

.....
 § 1º Para os fins deste artigo, é vedada:

I - conversão do tempo de contribuição exercido em atividade sujeita à condições especiais, nos termos dos arts. 66 e 70;

II - conversão do tempo cumprido pelo segurado com deficiência, reconhecida na forma do art. 70-D, em tempo de contribuição comum; e

III - a contagem de qualquer tempo de serviço fictício.

§ 5o A certidão referente ao tempo de contribuição com deficiência deverá identificar os períodos com deficiência e seus graus.” (NR)

“Art. 182.

.....
Parágrafo único. Não se aplica a tabela de que trata o **caput** para os benefícios de aposentadoria por tempo de contribuição e por idade garantida aos segurados com deficiência, de que tratam os arts. 70-B e 70-C.” (NR)

“Art. 199-A.

.....
§ 1o O segurado, inclusive aquele com deficiência, que tenha contribuído na forma do **caput** e pretenda contar o tempo de contribuição correspondente, para fins de obtenção da aposentadoria por tempo de contribuição ou de contagem recíproca do tempo de contribuição, deverá complementar a contribuição mensal.

§ 2o A complementação de que trata o § 1o dar-se-á mediante o recolhimento sobre o valor correspondente ao limite mínimo mensal do salário-de-contribuição em vigor na competência a ser complementada da diferença entre o percentual pago e o de vinte por cento, acrescido dos juros moratórios de que trata o § 3o do art. 5o da Lei no 9.430, de 27 de dezembro de 1996.

§ 3o A contribuição complementar a que se refere os §§ 1o e 2o será exigida a qualquer tempo, sob pena do indeferimento ou cancelamento do benefício.

.....” (NR)

Art. 2o A pessoa com deficiência poderá, a partir da entrada em vigor deste Decreto, solicitar o agendamento de avaliação médica e funcional, a ser realizada por perícia própria do INSS, para o reconhecimento do direito às aposentadorias por tempo de contribuição ou por idade nos termos da Lei Complementar no 142, de 8 de maio de 2013.

§ 1o Até dois anos após a entrada em vigor deste Decreto será realizada a avaliação de que trata o **caput** para o segurado que requerer o benefício de aposentadoria e contar com os seguintes requisitos:

I - no mínimo vinte anos de contribuição, se mulher, e vinte e cinco, se homem; ou

II - no mínimo quinze anos de contribuição e cinquenta e cinco anos de idade, se mulher, e sessenta, se homem.

§ 2o Observada a capacidade da perícia própria do INSS, de acordo com a demanda local, poderá ser realizada a avaliação do segurado que não preencha os requisitos mencionados no § 1o.

Art. 3o O ato conjunto a que se refere o **caput** e o § 4o do art. 70-D do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 1999, será editado em até 45 dias, contados da data de entrada em vigor deste Decreto.

Art. 4o Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 3 de dezembro de 2013; 192o da Independência e 125o da República.

DILMA ROUSSEFF

Miriam Belchior

Garibaldi Alves Filho

Maria do Rosário Nunes

Este texto não substitui o publicado no DOU de 3.12.2013 - Edição extra

Anexo C

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: **Classificação Internacional de funcionalidades, incapacidade e saúde. Anexo 5.** A CIF e as pessoas com incapacidades.

Anexo 5

A CIF e as pessoas com incapacidades

O processo de revisão da CIF beneficiou, desde o seu início, das contribuições de pessoas com incapacidades e, também, das suas organizações. A Organização Internacional de Pessoas Incapacitadas, em particular, participou com muito do seu tempo e energia no processo de revisão e a CIF reflete essa importante contribuição.

A OMS reconhece a importância da participação plena das pessoas com incapacidades e das suas organizações na revisão de uma classificação de funcionalidade e incapacidade. Como uma classificação, a CIF servirá como base para a avaliação e a medição da incapacidade em muitos contextos científicos, clínicos, administrativos e de política social. Como tal, a preocupação é que a CIF não seja mal utilizada em detrimento dos interesses das pessoas com incapacidades .

A OMS reconhece, em particular, que os termos utilizados na classificação podem, apesar de todos esforços, estigmatizar e rotular. Em resposta a esta preocupação, tomou-se a decisão, no início do processo, de abandonar totalmente o termo "handicap" (desvantagem, limitação) – devido às suas conotações pejorativas em inglês – e não utilizar o termo "incapacidade" como nome do componente, mas mantê-lo como o termo genérico geral.

No entanto, ainda permanece a difícil questão de qual a melhor maneira de se fazer a referência aos indivíduos que enfrentam algum grau de limitação ou restrição funcional. A CIF utiliza o termo “incapacidade” para designar um fenómeno multidimensional que resulta da interacção entre as pessoas e o seu ambiente físico e social. Por diversas razões, quando se referem a indivíduos, algumas pessoas preferem utilizar o termo “pessoas com incapacidade” enquanto outras preferem “pessoas incapacitadas”. À luz desta divergência, não há uma

prática universal a ser adoptada pela OMS, e não é apropriado que a CIF adopte rigidamente uma abordagem em detrimento de outra. Em vez disto, a OMS confirma o princípio importante de que as pessoas têm o direito de serem chamadas da forma que melhor desejem.

Além disso, é importante destacar que a CIF não é, de forma alguma, uma classificação de pessoas. Ela é uma classificação das características de saúde das pessoas dentro do contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais. A interacção das características de saúde com os factores contextuais é que produz a incapacidade. Assim, os indivíduos não devem ser reduzidos ou caracterizados apenas em termos das suas deficiências, limitações da actividade, ou restrições na participação. Por exemplo, em vez de ser referir a uma “pessoa mentalmente incapacitada”, a classificação utiliza a frase “pessoa com um problema de aprendizagem”. A CIF garante isto ao evitar qualquer referência a uma pessoa usando termos que descrevem a sua condição de saúde ou de incapacidade, e por utilizar uma linguagem neutra, se não positiva, e concreta.

Para lidar adicionalmente com a preocupação legítima da rotulagem sistemática das pessoas, as categorias na CIF são expressas de maneira neutra para evitar o menosprezo, o estigma e as conotações inadequadas. No entanto, esta abordagem traz consigo o problema que poderia ser chamado de “saneamento de termos”. Os atributos negativos da condição de saúde de uma pessoa e a maneira como as outras pessoas reagem a essa condição são independentes dos termos utilizados para definir a condição. Seja qual for o termo atribuído à incapacidade, ela existe independentemente dos rótulos. O problema não é apenas uma questão de linguagem, mas também, e principalmente, uma questão das atitudes dos outros indivíduos e da sociedade em relação à incapacidade. O que é necessário é elaborar um conteúdo correto e utilizar corretamente os termos e a classificação.

A OMS assume o compromisso de continuar os seus esforços no sentido de garantir que pessoas com incapacidades beneficiem da classificação e da avaliação e não sejam privadas dos seus direitos ou discriminadas.

Espera-se que as próprias pessoas incapacitadas contribuam para a utilização e desenvolvimento da CIF em todos os sectores. Como investigadores, gestores e legisladores, as pessoas incapacitadas ajudarão a desenvolver protocolos e ferramentas baseadas na CIF. A classificação também serve como um instrumento poderoso para uma política baseada em evidências. Ela fornece dados fiáveis e comparáveis que permitem fundamentar uma mudança.

A noção política de que a incapacidade resulta tanto das barreiras ambientais como das condições de saúde ou deficiências deve ser transformada primeiramente num programa de investigação e depois em evidências válidas e fiáveis. Essas evidências podem desencadear uma verdadeira mudança social para as pessoas com incapacidades em todo o mundo.

O apoio à incapacidade também pode ser intensificado através da utilização da CIF. Como o principal objetivo é identificar as intervenções que possam melhorar os níveis de participação das pessoas com incapacidades, a CIF pode ajudar a identificar onde está o principal “problema” da incapacidade: no ambiente que cria uma barreira, na ausência de um facilitador, na capacidade limitada do próprio indivíduo ou numa combinação de fatores. Este esclarecimento permitirá orientar adequadamente as intervenções e monitorizar e medir os seus efeitos sobre os níveis de participação. Deste modo, podem ser atingidos os objetivos concretos baseados em evidências e ser alcançadas as metas globais de apoio à incapacidade.

Anexo D

A Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1 de 27/01/14

Publicado no DO em 30 jan 2014

Aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo, para os efeitos do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.

Os Ministros de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Advocacia-Geral da União, no uso da atribuição que lhes confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e tendo em vista o disposto no art. 3º- do Decreto nº 8.145, de 3 de dezembro de 2013,

Resolvem:

Art. 1º Esta Portaria Interministerial aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da previdência social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo para os efeitos do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.

Art. 2º Compete à perícia própria do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, por meio de avaliação médica e funcional, para efeito de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência, avaliar o segurado e fixar a data provável do início da deficiência e o respectivo grau, assim como identificar a ocorrência de variação no grau de deficiência e indicar os respectivos períodos em cada grau.

§ 1º A avaliação funcional indicada no caput será realizada com base no conceito de funcionalidade disposto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, da Organização Mundial de Saúde, e mediante a aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para Fins de Aposentadoria - IFBrA, conforme o instrumento anexo a esta Portaria.

§ 2º A avaliação médica e funcional, disposta no caput, será realizada pela perícia própria do INSS, a qual engloba a perícia médica e o serviço social, integrantes do seu quadro de servidores públicos.

§ 3º O instrumento de avaliação médica e funcional, destinado à avaliar o segurado, e constante do anexo a esta Portaria, será objeto de revisão por instância técnica específica instituída no âmbito do Ministério da Previdência Social, no prazo máximo de um ano, a contar da data de publicação deste ato normativo, podendo haver revisões posteriores.

Art. 3º Considera-se impedimento de longo prazo, para os efeitos do Decreto nº 3.048, de 1999, aquele que produza efeitos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, pelo prazo mínimo de 02 (dois) anos, contados de forma ininterrupta.

Art. 4º Os benefícios concedidos em decorrência da Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013, devem observar as vedações legais existentes relativas à proibição de acumulação de benefícios de natureza previdenciária, assistencial ou indenizatória.

Art. 5º Até o final do prazo de dois anos previsto no parágrafo § 1º, do art. 2º do Decreto nº 8.145, de 2013, os órgãos competentes analisarão a necessidade de sua prorrogação.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA DO ROSÁRIO NUNES

GARIBALDI ALVES FILHO

GUIDO MANTEGA

MIRIAM BELCHIOR

LUÍS INÁCIO LUCENA ADAMS

ANEXO

ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO APLICADO PARA FINS DE CLASSIFICAÇÃO E CONCESSÃO DA APOSENTADORIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (IF-BrA)

Sumário

Preâmbulo: Aspectos Metodológicos do IF-BrA

1. Identificação da Avaliação

1.a - Data da avaliação

1.b - Nome completo do avaliador

1.c - Local da avaliação

1.d - Quem prestou as informações

2. Identificação e Caracterização do Avaliado

2.a - Nome completo

2.b - Sexo

2.c - Idade

2.d - Cor ou Raça

2.e - Diagnóstico médico

2.f - Tipo de deficiência

2.g - Funções Corporais Acometidas

3. História Clínica e Social

3.a - História Clínica

3.b - História Social

4. Aplicação do Instrumento (Matriz)

4.a - Pontuação dos níveis de independência

4.b - Identificação das Barreiras Externas

4.c - Aplicação do modelo linguístico Fuzzy

4.d - Cálculo do Escore dos Domínios e da Pontuação Total

4.e - Classificação da Deficiência em Leve, Moderada e Grave

5. Formulários

5.a - Formulário 1: Identificação do Avaliado e da Avaliação (a ser preenchido pela perícia médica e pelo serviço social)5.b - Formulário 2: Funções corporais acometidas (a ser preenchido pelo perito médico)

5.c - Formulário 3: Aplicação do Instrumento (Matriz) - (a ser preenchido pela perícia médica e pelo serviço social)

5.d - Formulário 4: Aplicação do Modelo Linguístico Fuzzy (a ser preenchido pela perícia médica e pelo serviço social)

Preâmbulo: Aspectos Metodológicos do IF-BrA

Seleção de itens de Atividades e Participações da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que resulta em 41 Atividades divididas em sete Domínios (Sensorial, Comunicação, Mobilidade, Cuidados Pessoais, Vida Doméstica, Educação, Trabalho e Vida Econômica, Socialização e Vida Comunitária).

Determinação de pontuação do nível de independência para cada Atividade, baseada no modelo da Medida de Independência Funcional - MIF, com os níveis de dependência de terceiros agrupados em quatro níveis de pontuação (25, 50, 75 e 100 pontos), visando à facilitação do emprego do instrumento.

Identificação das Barreiras Externas, a partir de fatores externos definidos pela CIF: Produtos e Tecnologia; Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo ser humano; Apoio e Relacionamentos; Atitudes; Serviços, Sistemas e Políticas.

Elaboração da Folha de Identificação, por meio de um formulário que contempla, a partir das necessidades formais do instrumento e levando em consideração as possibilidades de análise de identificação, com informações sobre Identificação da avaliação; Identificação do avaliado; Identificações da deficiência; Modelo da deficiência.

Elaboração da História Clínica e História Social, a ser preenchida pela perícia médica e a História Social a ser preenchida pelo serviço social têm o objetivo de produzir, de forma consubstanciada, um parecer resumido dos principais elementos relevantes de cada uma das pessoas com deficiência avaliadas. O objetivo é deixar espaço para os profissionais se posicionarem diante da avaliação realizada, utilizando-se de análise técnica dos elementos mais relevantes do ponto de vista da perícia médica e do serviço social.

Elaboração da Matriz do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBrA), composta por uma planilha que associa a pontuação para cada atividade à identificação das barreiras externas, e registra a soma dessa pontuação.

Classificação do Grau de Deficiência em Leve, Moderado e Grave, a partir da definição da escala determinada pelo intervalo entre as pontuações mínima e máxima, estipuladas pela aplicação da matriz.

1. Identificação da Avaliação

1.a. Data da avaliação:

- dia, mês e ano.

1.b. Nome completo do avaliador

1.c. Local da avaliação:

- nome do local ou instituição (por exemplo: hospital, posto de saúde, residência, escola, consultório).

- município

- estado

1. d. Assinalar quem prestou as informações

- a própria pessoa: quando é o próprio indivíduo que fornece as informações.

- pessoa de convívio próximo: quando é alguém que, de alguma forma, convive e participa da vida desse indivíduo. Neste caso identificar o informante (exemplo: mãe, irmão, cuidador, amigo). - ambos: quando tanto o próprio como alguém de convívio próximo trazem informações de uma forma equitativa. Quando a maioria das informações é dada por um deles assinalar esta pessoa como o informante.

- outros: quando não ocorrer nenhuma das situações descritas acima. Neste caso também identificar o informante.

2. Identificação e Caracterização do Avaliado

2.a. Nome completo

2.b. Assinalar o sexo

2.c. Idade - Idade em anos completos.

2.d. Cor ou Raça

Leia as opções de cor ou raça para a pessoa e considere aquela que for declarada pelo informante. Caso a declaração não corresponda a uma das alternativas enunciadas, esclareça as opções para que a pessoa se classifique na que julgar mais adequada.

Branca: pessoa que se declarar branca; -

Preta: pessoa que se declarar preta;

Amarela: pessoa de origem japonesa, chinesa, coreana, etc.;

Parda: pessoa que se declarar como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça;

Indígena - pessoa que se declarar indígena ou índia.

Atenção: Quando a pessoa é incapaz de autodeclarar a sua cor ou raça, o informante deve fazê-lo.

2.e. Diagnóstico Médico (a ser preenchido pelo perito médico)

CID - etiologia: código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da causa principal que acarreta as alterações das funções e estruturas corporais.

Quando não houver diagnóstico etiológico, assinalar o campo: sem diagnóstico etiológico.

CID - seqüela: código correspondente da CID 10 que descreve a(s) seqüela(s) ou impedimento(s).

2.f. Tipo de Deficiência (a ser preenchido pelo perito médico)

Assinalar o tipo de deficiência pertinente (lista abaixo). Em caso de associações de deficiências poderão ser assinalados mais de um tipo.

- Deficiência (sensorial) Auditiva

- Deficiência Intelectual/Cognitiva

- Deficiência Física/Motora - Deficiência (sensorial) Visual

- Deficiência Mental

2.g. Alterações das Funções Corporais (a ser preenchido pelo perito médico)

Assinalar na lista fornecida a função ou funções corporais acometidas no quadro.

3. História clínica e social

3.a. História Clínica

3.b. História Social

4. Aplicação do Instrumento (Matriz)

4.a. Pontuação do nível de independência das atividades funcionais

As atividades são descritas da seguinte forma:

- Título da Atividade.
- Descrição da Atividade e dos 4 níveis de independência com exemplos.
- O avaliador deverá ler a descrição e os exemplos das atividades e das opções de respostas. Essa descrição foi feita para o examinador compreender todo o escopo da atividade com todas as suas etapas.
- A partir da descrição e dos exemplos o avaliador deverá investigar, com suas próprias palavras, o nível de independência do indivíduo naquela atividade.
- Ele poderá utilizar exemplos para explicar a atividade ao avaliado.
- A pontuação deverá se basear na informação disponível mais confiável (do avaliado, de uma pessoa de convívio próximo, de um profissional de saúde, do prontuário).
- A pontuação dos níveis de independência de cada atividade deverá refletir o desempenho do indivíduo e não a sua capacidade.

O desempenho é o que ele faz em seu ambiente habitual, e não o que ele é capaz de fazer em uma situação ideal ou eventual.

- Se o nível de independência varia em função do ambiente, da hora do dia, pontue o escore mais baixo (o nível de maior dependência).
- A única exceção a essa regra é se a pessoa responder que não realiza a atividade por um motivo pessoal.

Atenção: Todas as atividades deverão ser pontuadas.

Quadro 1: Escala de Pontuação do IF-Br

Escala de Pontuação para o IF-Br:

25: Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de nenhuma etapa da atividade. Se é necessário o auxílio de duas ou mais pessoas o escore deve ser 25: totalmente dependente.

50: Realiza a atividade com o auxílio de terceiros. O indivíduo participa de alguma etapa da atividade. Inclui preparo e supervisão. Nesta pontuação sempre há necessidade do auxílio de outra pessoa para a atividade ser realizada: quando alguém participa em alguma etapa da atividade, ou realiza algum preparo necessário para a realização da atividade ou supervisiona a atividade. Nessa pontuação o indivíduo que está sendo avaliado deve participar de alguma etapa da atividade. Supervisão: quando há necessidade da presença de terceiros sem a necessidade de um contato físico. Por exemplo: a pessoa necessita de incentivo, de pistas para completar uma atividade, ou a presença de outra pessoa é necessária como medida de segurança. Preparo: quando há necessidade de um preparo prévio para a atividade ser realizada. Por exemplo, a colocação de uma adaptação para alimentação, colocar pasta na escova de dente.

75: Realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente. Para realizar a atividade necessita de algum tipo de modificação do ambiente ou do mobiliário ou da forma de execução como por exemplo, passar a fazer uma atividade sentado que antes realizava em pé; ou de alguma adaptação que permita a execução da atividade por exemplo uma lupa para leitura ou um aparelho auditivo. Com as adaptações e modificações não depende de terceiros para realizar a atividade: tem uma independência modificada. Nesta pontuação o indivíduo deve ser independente para colocar a adaptação necessária para a atividade, não dependendo de terceiros para tal.

100: Realiza a atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança. Não tem nenhuma restrição ou limitação para realizar a atividade da maneira considerada normal para uma pessoa da mesma idade, cultura e educação. Realiza a atividade sem nenhuma modificação, realizando-a da forma e velocidade habitual.

4.b. Identificação de Barreiras Externas: Fatores Ambientais

A funcionalidade humana não depende apenas de aspectos diretamente ligados às funções e estruturas do corpo. O contexto tem um papel fundamental sobre a forma como as pessoas desempenham suas atividades habituais.

Os Fatores Ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas, o seu contexto. Esses fatores são externos aos indivíduos e tem um impacto sobre a sua funcionalidade. Os fatores externos podem aumentar a funcionalidade atuando como facilitadores, ou podem ser limitantes, agindo como barreiras.

Importante: Esse questionário pretende indicar quais fatores agem como barreira impedindo a execução de uma atividade ou participação. Os fatores ambientais são divididos em 5 categorias:

Produtos e Tecnologia

Ambiente

Apoio e Relacionamentos

Atitudes

Serviços Sistemas e Políticas

Atenção: Se alguma Atividade pontuar 25 (quer dizer, quando o indivíduo não realiza a atividade ou terceiros realizam por ele), deve-se investigar se alguma barreira externa é a causa dessa pontuação. Se o que impede o indivíduo de pontuar acima de 25 é uma ou mais barreiras externas deve-se assinalar ao lado dessa atividade quais são essas barreiras. A pontuação é mantida (25).

Categorias de Fatores Ambientais:

Categoria 1 - Produtos e Tecnologia

Qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente projetado para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com deficiência. Exclui cuidadores e assistentes pessoais.

Categoria 2 - Ambiente

Refere-se ao ambiente natural ou físico. Aspectos geográficos, populacionais, da flora, da fauna, do clima, guerras e conflitos.

Categoria 3 - Apoio e Relacionamentos

Pessoas ou animais que fornecem apoio físico ou emocional prático, educação, proteção e

assistência, e de relacionamento com outras pessoas em todos os aspectos da vida diária.

Exclui as atitudes das pessoas que fornecem o apoio.

Categoria 4 - Atitudes

São as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças.

Exclui as atitudes da própria pessoa.

Categoria 5 - Serviços, Sistemas e Políticas

Rede de serviços, sistemas e políticas que garantem proteção social.

4.c. Aplicação do Método Linguístico Fuzzy

Utiliza-se três condições que descrevem o grupo de indivíduos, em situações de maior risco funcional para cada tipo de deficiência (Auditiva;

Intelectual - Cognitiva e/ou Mental; Motora e; Visual):

1. Determinação dos Domínios que terão mais peso para cada grupo de funcionalidade;
2. Definição de questões emblemáticas;
3. Disponibilidade do auxílio de terceiros.

O Quadro 2 aponta as distinções feitas entre os Domínios e as Perguntas Emblemáticas para cada tipo de deficiência.

Havendo resposta afirmativa para a questão emblemática relacionada às situações de maior risco funcional para cada tipo de deficiência, será automaticamente atribuída a todas as atividades que compõe o domínio a menor nota de atividade atribuída dentro do domínio sensível pelo avaliador, corrigindo, assim, a nota final.

Quadro 2: Condições do modelo linguístico Fuzzy

	Auditiva	Intelectual - Cognitiva/Mental	Motora	Visual
Domínios	Comunicação/Socialização	Vida Doméstica/Socialização	Mobilidade/Cuidados Pessoais	Mobilidade/Vida Doméstica
Questão Emblemática	A surdez ocorreu antes dos 6 anos	Não pode ficar sozinho em segurança	Desloca-se exclusivamente em	A pessoa já não enxerga ao

			cadeira de rodas	nascer
--	--	--	------------------	--------

4.d. Cálculo do Escore dos Domínios e Pontuação Total:

As atividades estão divididas em sete domínios. Cada domínio tem um número variável de atividades, que totalizam 41. A Pontuação Total é soma da pontuação dos domínios que, por sua vez, é a soma da pontuação das atividades. A pontuação final será a soma das pontuações de cada domínio aplicada pela medicina pericial e serviço social, observada a aplicação do modelo Fuzzy

Dessa forma conforme demonstra o quadro 2:

A Pontuação Total mínima é de 2.050: 25 (pontuação mínima) multiplicado por 41 (número total de atividades em todos os domínios) vezes 2 (número de aplicadores).

A Pontuação Total máxima é de 8.200: 100 (pontuação mínima) multiplicado por 41 (número total de atividades em todos os domínios) vezes 2 (número de aplicadores).

4.e. Classificação da Deficiência em Grave, Moderada e Leve Para a aferição dos graus de deficiência previstos pela Lei Complementar nº 142, de 08 de maio de 2.013, o critério é:

Deficiência Grave quando a pontuação for menor ou igual a 5.739.

Deficiência Moderada quando a pontuação total for maior ou igual a 5.740 e menor ou igual a 6.354.

Deficiência Leve quando a pontuação total for maior ou igual a 6.355 e menor ou igual a 7.584.

Pontuação Insuficiente para Concessão do Benefício quando a pontuação for maior ou igual a 7.585.

5. Formulários

5.a. Formulário 1: Identificação do Avaliado e da Avaliação (a ser preenchido pela perícia médica e pelo serviço social)

Dados Pessoais do Avaliado:

Nome: _____ NIS/NIT

Sexo: F() M() Idade: _____

Cor/Raça: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena ()

Diagnóstico Médico: CID Causa: _____ Sem diagnóstico etiológico CID

Sequela: _____

Tipo de Deficiência: Auditiva() Intelectual/Cognitiva() Física/Motora() Visual() Mental()

Data do Início do Impedimento: ____/____/____.

Data da avaliação:____/____/____

Nome do avaliador (SERVIÇO SOCIAL):_____ SIAPE:

Local da avaliação (Código da APS): _____

Quem prestou as informações:
() própria pessoa () pessoa de convívio próximo () ambos () outros: _____

Data da avaliação:____/____/____

Nome do avaliador (MEDICINA PERICIAL):_____ SIAPE:

Local da avaliação (Código da APS):_____

Quem prestou as informações:
() própria pessoa () pessoa de convívio próximo () ambos () outros: _____

5.b. Formulário 2: Funções corporais acometidas (a ser preenchido pelo perito médico)

1. Funções Mentais:

() Funções Mentais Globais: consciência, orientação (tempo, lugar, pessoa), intelectuais (inclui desenvolvimento cognitivo e intelectual), psicossociais globais(inclui autismo), temperamento e personalidade, energia e impulsos, sono

() Funções Mentais Específicas: atenção, memória, psicomotoras, emocionais, percepção, pensamento, funções executivas, linguagem, cálculo, sequenciamento de movimentos

complexos (inclui apraxia), experiência pessoal e do tempo
2. Funções Sensoriais e Dor
() Visão e Funções Relacionadas: acuidade visual, campo visual, funções dos músculos internos e externos do olho, da pálpebra, glândulas lacrimais
() Funções Auditivas: detecção, discriminação, localização do som e da fala
() Funções Vestibulares: relacionadas à posição, equilíbrio e movimento
() Dor: sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma parte do corpo. Generalizada ou localizada.
() Funções Sensoriais adicionais: gustativa, olfativa, proprioceptiva, tátil, à dor, temperatura
3. Funções da Voz e da Fala
() Voz, articulação, fluência, ritmo da fala
4. Funções dos Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório
() Funções do Sistema Cardiovascular: funções do coração, vasos sanguíneos, pressão arterial
() Funções do Sistema Hematológico: produção de sangue, transporte de oxigênio e metabólitos e de coagulação
() Funções do Sistema Imunológico: resposta imunológica, reações de hipersensibilidade, funções do sistema linfático
() Funções do Sistema Respiratório: respiratórias, dos músculos respiratórios, de tolerância aos

exercícios
5. Funções dos Sistemas Digestivo, Metabólico e Endócrino
() Funções do Sistema Digestivo: ingestão, deglutição, digestivas, assimilação, defecação, manutenção de peso
() Funções do Metabolismo e Sistema Endócrino: funções metabólicas gerais, equilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico, termorreguladoras, das glândulas endócrinas
6. Funções Genitourinárias e Reprodutivas
() Funções Urinárias: funções de filtração, coleta e excreção de urina
() Funções Genitais e Reprodutivas: funções mentais e físicas/motoras relacionadas ao ato sexual, da menstruação, procriação
7. Funções Neuromusculares e relacionadas ao movimento
() Funções das Articulações e dos Ossos: mobilidade, estabilidade das articulações e ossos
() Funções Musculares: força, tônus e resistência muscular
() Funções dos Movimentos: reflexo motor, movimentos involuntários, controle dos movimentos voluntários, padrão de marcha, sensações relacionadas aos músculos e funções do movimento
8. Funções da Pele e Estruturas Relacionadas
() Funções da Pele, pelos e unhas: protetora, reparadora, sensação relacionada à pele, pelos e unhas

5.c. Formulário 3: Aplicação do Instrumento (Matriz) - (a ser preenchido pela perícia médica e pelo serviço social)

IF-Br: Domínios e Atividades	Pontuação (INSS)		Barreira Ambiental*				
	Serviço Social	Medicina Pericial	P e T	Amb	A e R	At	SS e P
1. Domínio Sensorial							
1.1 Observar							
1.2 Ouvir							
2. Domínio Comunicação							
2.1 Comunicar-se/Recepção de mensagens							
2.2 Comunicar-se/Produção de mensagens							
2.3 Conversar							
2.4 Discutir							
2.5 Utilização de dispositivos							

de comunicação à distância							
3. Domínio Mobilidade							
3.1 Mudar e manter a posição do corpo							
3.2 Alcançar, transportar e mover objetos							
3.3 Movimentos finos da mão							
3.4 Deslocar-se dentro de casa							
3.5 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa							
3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios							
3.7 Utilizar transporte coletivo							
3.8 Utilizar transporte individual como passageiro							
4. Domínio Cuidados Pessoais							
4.1 Lavar-se							
4.2 Cuidar de partes do corpo							

4.3 Regulação da micção							
4.4 Regulação da defecação							
4.5 Vestir-se							
4.6 Comer							
4.7 Beber							
4.8 Capacidade de identificar agravos à saúde							
5. Domínio Vida Doméstica							
5.1 Preparar refeições tipo lanches							
5.2 Cozinhar							
5.3 Realizar tarefas domésticas							
5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa							
5.5 Cuidar dos outros							
6. Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica							

6.1 Educação							
6.2 Qualificação profissional							
6.3 Trabalho remunerado							
6.4 Fazer compras e contratar serviços							
6.5 Administração de recursos econômicos pessoais							
7. Domínio Socialização e Vida Comunitária							
7.1 Regular o comportamento nas interações							
7.2 Interagir de acordo com as regras sociais							
7.3 Relacionamentos com estranhos							
7.4 Relacionamentos familiares e com pessoas familiares							
7.5 Relacionamentos íntimos							

7.6 Socialização							
7.7 Fazer as próprias escolhas							
7.8 Vida Política e Cidadania							
Total da Pontuação dos Aplicadores							
Pontuação Total							

(*) Legenda:

P e T - Produtos e Tecnologia Amb - Ambiente A e R - Apoio e Relacionamentos At - Atitudes S S e P - Serviços, Sistemas e Políticas Instruções básicas:

O IF-BrA gradua a funcionalidade do indivíduo, sinalizando a possível influência de barreiras externas nas incapacidades identificadas. Pontue o nível de independência das atividades e participações listadas, nos sete Domínios.

Níveis de Independência e Pontuação das Atividades:

Cada atividade deve ser pontuada levando em consideração o nível de independência na sua realização.

A pontuação deve refletir o desempenho do indivíduo e não a sua capacidade.

O desempenho é o que ele faz em seu ambiente habitual.

A única exceção será quando o indivíduo não realizar a atividade por uma opção pessoal (e não por incapacidade ou barreira externa). Neste caso pontua-se pela capacidade.

Atenção:

Se alguma atividade pontuar 25 por causa de uma barreira externa, a(s) barreira (s) deverá(ao) ser assinalada(s)

A pontuação do domínio é a soma da pontuação das atividades deste domínio, atribuídas pelo perito médico e pelo profissional do serviço social do INSS.

A Pontuação Total é a soma dos 7 domínios

Formulário 4: Aplicação do Modelo Linguístico Fuzzy (a ser preenchido pela perícia médica e pelo serviço social)

Assinale ao lado da afirmativa quando a condição for preenchida:

Deficiência Auditiva () Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade do Domínio Comunicação ou Socialização; OU

Houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios Comunicação ou Socialização () A surdez ocorreu antes dos 6 anos.

Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.

Deficiência Intelectual- Cognitiva e Mental () Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade do Domínio Vida Doméstica ou Socialização; OU

Houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios Vida Doméstica ou Socialização ()

Não pode ficar sozinho em segurança.

Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.

Deficiência Motora () Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade do Domínio Mobilidade ou Cuidados Pessoais; OU

Houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios Mobilidade ou Cuidados Pessoais; OU

Desloca-se exclusivamente em cadeira de rodas.

Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.

Deficiência Visual () Houve pontuação 25 ou 50 em alguma atividade do Domínio Mobilidade ou Vida Doméstica; OU

Houve pontuação 75 em todas as atividades dos Domínios Mobilidade ou Vida Doméstica ()

A pessoa já não enxergava ao nascer.

Não dispõe do auxílio de terceiros sempre que necessário.