saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Validação da escala de gravidade do IFBRA entre Pessoas com Deficiência no seguro social brasileiro

Validation of the IFBRA severity scale among Persons with Disabilities in Brazilian social welfare

Heleno Rodrigues Corrêa Filho[1], Edgar Merchan-Hamann[2], Éverton Luís Pereira[2], Lívia Barbosa[2], Daniela da Silva Rodrigues[2], William Rosa Souza[2], Gladston Luiz da Silva[3], Maria da Graça Luderitz Höefel[2]

DOI: 10.1590/2358-2898202614910875P

RESUMO Este artigo relata o projeto brasileiro de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IFBRA) para conceder aposentadorias. Avaliou a funcionalidade de Pessoas com Deficiência (PcD) combinando Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), Medida de Independência Funcional (MIF), desempenho e barreiras, e classificou gravidade. O estudo teve três fases: 1. Construto e conteúdo: Consensos coletivos e grupos de revisão técnica sobre pertinência entre objeto, medidas, abrangência, domínios e quesitos; 2. Validade de face: Amostra intencional nacional sobre Aceitabilidade, interpretação social, cultural e linguística; e 3. Acurácia: Inquérito censitário nacional para padrão de referência; sensibilidade; especificidade e efetividade. Uma capacitação nacional presencial central, doze videoconferências nacionais e seis capacitações regionais validaram a combinação de CIF, MIF e medidas acessórias. Entrevistas qualitativas em cinco regiões brasileiras com médicos, assistentes sociais e segurados PcD avaliaram o IFBRA como aceitável e o interpretaram homogeneamente. A Pesquisa Censitária Nacional analisou a concordância entre 17.350 segurados PcD e aplicadores do IFBRA sobre a percepção subjetiva de gravidade. A efetividade máxima foi obtida quando combinados dois avaliadores. O IFBRA foi considerado válido quanto à pertinência, abrangência, aceitabilidade, interpretação e acurácia, constituindo novo padrão de referência. A classificação provisória utilizada antes de validar o IFBRA foi considerada restritiva e injusta.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação da deficiência. Estudos de validação. Reprodutibilidade dos testes. Pensões. Aposentadoria.

ABSTRACT *This article reports on Brazilian validation project of the Brazilian Functioning Index Adapted (IFBRA) for granting retirement benefits. It assesses the functionality of Persons with Disabilities (PwD), considering the Functional Independence Matrix (FIM), performance, barriers and severity classification. The study was developed in three phases: 1. Construct and content: Collective consensus and technical review groups on the relevance of the object, measures, scope, domains and questions; 2. Face validity: National purposive sampling on acceptability, social, cultural, and linguistic interpretation; and 3. Accuracy: National census survey for reference standards; sensitivity, specificity, and effectiveness. A central in-person national training session, twelve national video conferences and six regional training sessions did validate the combination of International Classification of Functioning, FIM, and ancillary measures. Qualitative interviews that involved physicians, social workers and PwD policyholders in five Brazilian regions found the IFBRA acceptable and interpreted it homogeneously. A national census survey analyzed the agreement between 17,350 PwD policyholders and IFBRA applicators on their perception as to severity. Maximum effectiveness was achieved when two evaluators did match. IFBRA was considered valid as to relevance, comprehensiveness, acceptability, interpretation and accuracy, turning to be a new reference standard. The provisional classification used prior to validating the IFBRA was considered restrictive and unfair.*

KEYWORDS *Disability evaluation. Validation studies. Reproducibility of results. Pension. Retirement.*

[1] Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.
helenocorrea@uol.com.br

[2] Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) – Brasília (DF), Brasil.

[3] Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Estatística (DE) – Brasília (DF), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

De acordo com o Censo Brasileiro realizado em 2010 pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), da totalidade da população do País, de mais de duzentos milhões de habitantes, quarenta e cinco milhões (45.606.048) estavam inscritos como contribuintes segurados na Previdência Social Brasileira. Essa fração incluía pessoas que estavam no mercado de trabalho formal, com pelo menos um posto de trabalho com carteira assinada por ano. Um subconjunto de 23,9% dos trabalhadores contribuintes segurados foi anotado como tendo uma ou mais deficiências declaradas – física, auditiva, motora, mental ou intelectual[1].

Embora o artigo Quinto da Constituição Brasileira determine que os direitos são universais e iguais, independentemente de qualquer distinção baseada em capacidade ou deficiência, as Pessoas com Deficiência (PcD) ainda são discriminadas no que diz respeito ao acesso à educação e a serviços de saúde, além de transporte, informação, comunicação, participação social e empregos[2].

As políticas públicas federais começaram a superar essas desigualdades a partir da década de 1990, promovendo medidas inclusivas em nível nacional para permitir que as PcD ingressassem no mercado de trabalho. O direito à proporção de preferência na força de trabalho foi instituído pela Lei Federal nº 8.213, de julho de 1991, em proporções fixas de acordo com o porte da empresa por número de empregados: 2% até 200; 3% de 201 a 500; 4% de 501 a 1.000; e 5% de 1001 e acima[3].

Em 2007, o Governo brasileiro ratificou a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, realizada em 2006. Em 2008, o Congresso Nacional votou um referendo à Convenção da ONU que deu forma à Emenda Constitucional Brasileira nº 45. Todas as políticas públicas nos níveis federal, estadual e municipal foram então obrigadas a cumprir a nova Emenda, por meio de uma revisão adequada de suas regras declaradas, seus regulamentos e suas leis[4].

À época, a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) – então um braço ministerial da Presidência da República – contratou uma ONG brasileira de Pesquisa e Desenvolvimento – Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (Iets) – para desenvolver uma escala que permitisse medir e qualificar o tipo e a intensidade das deficiências apresentadas pelas PcD. O resultado foi a criação, em 2012, do Índice de Funcionalidade Brasileira (IFBR), com o objetivo de reconhecer direitos a benefícios de políticas públicas[5,6]. No ano seguinte, para promover a Convenção da ONU e a 45ª Emenda o Congresso Nacional Brasileiro aprovou a Lei Complementar nº 142/2013, exigindo que as PcD trabalhadoras tivessem o direito de antecipar a aposentadoria em uma fração do tempo contributivo normal válido para todas as outras pessoas. A tarefa foi atribuída ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Esses direitos foram classificados como graves, moderados, leves ou 'indefinidos' (sem direito a benefícios), de acordo com a gravidade das deficiências atribuídas aos trabalhadores, Em 2013, a sigla IFBR foi renomeado para Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado (IFBRA), na qual o 'A' significava 'adaptado para concessão de aposentadoria'[7,8].

O IFBRA abrangia sete domínios, totalizando 41 questões sobre atividades pessoais baseadas em uma seleção resumida da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). As respostas receberam pontos de categoria a serem somados com base em uma matriz de Medidas de Independência Funcional (MIF), que leva em consideração a necessidade de ajuda de outras pessoas, de instrumentos especiais e de tecnologias adaptativas, em comparação com outras PcD no mesmo contexto social e cultural.

Uma avaliação complementar adiciona um grupo de quatro perguntas com critérios de lógica nebulosa – '*Fuzzy* – de 'tudo ou nada' –, que qualificam e rebaixam a soma dos pontos do IFBRA para condições graves de deficiência,

com maior dependência em relação a habilidades motoras ou visuais, comunicação e capacidade mental desde a infância. Este projeto de matriz combina conceitos de saúde pública e deficiência[9-11].

Não havia então um padrão estabelecido disponível para avaliar as pontuações e determinar a gravidade de uma deficiência de PcD. Não havia precedentes históricos, nem comparações quantitativas para categorizar a deficiência como severa, moderada, leve ou indefinível para cumprir o que foi estabelecido por lei[12].

Este artigo descreve como foi estabelecido o projeto do Grupo de Pesquisa-UnB (Universidade de Brasília) para validar o IFBRA. Apresenta também o projeto geral e os resultados da construção de uma escala de referência como uma medida categórica padrão para análise posterior.

Material e métodos

Realizamos um delineamento em três fases: 1. Construto e conteúdo: avaliação por consenso coletivo e revisão, por grupos técnicos, da pertinência entre objeto, medidas associadas, abrangência e adequação de questões e domínios; 2. Validade de face: amostragem de conveniência nacional para acessar a aceitabilidade social, linguística e cultural; e 3. Acurácia: pesquisa nacional para determinar um padrão de referência; concordância; sensibilidade; especificidade e eficácia.

A Fase I compreendeu reuniões e videoconferências com pesquisadores brasileiros com interesse e publicações sobre o tema; avaliação de deficiência em conjunto com gestores do INSS, médicos e assistentes sociais envolvidos no processo nacional de pontuação de deficiência por meio do IFBRA.

Na primeira fase, uma bancada representativa nacional de três dias iniciou o processo em novembro de 2013, com cerca de duzentos participantes. Os participantes discutiram a estrutura do IFBRA, conceitos da matriz de julgamento envolvida, a legitimidade do conhecimento que embasou o conteúdo das 41 questões e um manual de campo, além de sua capacidade de implantar o instrumento e disseminar sua utilização entre seus companheiros na maioria das agências da Previdência Social no Brasil. Participaram representantes de mais de 150 agências espalhados pelas cinco regiões do INSS do País.

O seminário nacional de capacitação foi seguido por videoconferências nacionais com participantes de todos os escritórios regionais do INSS, incluindo aqueles que compareceram ao seminário além de outros médicos e assistentes sociais designados para realizar a avaliação de PcD com a IFBRA.

Uma série de seis reuniões regionais e duas reuniões centrais nacionais forneceram uma avaliação da perspectiva do IFBRA de combinar a matriz da CIF com a MIF e os critérios *Fuzzy*. Os grupos de pesquisadores, gestores, médicos e assistentes sociais discutiram a adequação dos conteúdos, e desenvolveram diversas mudanças no novo manual de campo.

Na Fase II foi analisada a validade de face do IFBRA por meio de visitas locais para entrevistar PcD e seus avaliadores designados sobre a aceitabilidade e a interpretação das 41 questões da escala. Pesquisadores e assistentes de pesquisa visitaram 16 diferentes agências locais do INSS no Brasil para conduzir entrevistas semiestruturadas, com gravação de voz e registro escrito, com o objetivo de abordar uma amostra de conveniência nacional e de acessar a aceitabilidade social, linguística e cultural.

Na Fase III foram analisadas as informações de todas as 17.350 avaliações realizadas no Brasil no período de novembro de 2013 a janeiro de 2016, comparando as pontuações automáticas obtidas pelos registros oficiais governamentais do IFBRA com as respostas a três questões que adicionamos ao final. A indagação foi sobre a percepção subjetiva de gravidade das PcD entrevistadas e seus avaliadores – uma dupla formada por um médico e uma assistente social.

Perguntamos a eles qual seria sua percepção subjetiva sobre a gravidade da deficiência, incluindo a opinião do PcD. Não avaliamos incapacidade para o trabalho, pois eram pessoas que compareceram apenas para avaliar a gravidade da deficiência enquanto trabalhavam e contribuíam para a previdência social. Foram então gerados um conjunto de categorias de gravidade e a soma automática de pontuações do IFBRA, que permitiam a comparação interna. Essa comparação poderia levar em consideração uma pesquisa nacional para o período de 2013 a 2016.

Na ausência de qualquer padrão, nossa abordagem foi por meio da construção de uma escala de referência, coletando, confrontando e medindo as opiniões das três pessoas envolvidas em cada entrevista. Pretendíamos buscar qual opinião, ou combinação de opiniões subjetivas poderia levar ao melhor padrão de referência para definir os três pontos de corte na soma das pontuações da IFBRA para determinar as quatro categorias de gravidade determinadas pela Lei nº 142/2013.

Construímos três tabelas de pares de porcentagens de concordância entre avaliadores, e decidimos qual seria o melhor padrão de comparação para definir os pontos de corte. O conteúdo específico das Fases I, II e III compreendeu um painel de especialistas e técnicos, uma avaliação qualitativa com consenso coletivo e uma avaliação quantitativa de acurácia. Os métodos detalhados e os resultados completos obtidos estão além do escopo desta publicação, e serão apresentados em outra publicação.

O projeto foi submetido a análise sob a legislação brasileira específica, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Brasília da Faculdade de Ciências da Saúde (UnB/FS). Os textos completos e a aprovação do projeto (CAEE: 37058914.5.0000.0030. Parecer: 1.024.284) estão disponíveis no *site* do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a Lei Federal nº 14.874, de 28/05/2024[13].

Resultados e discussão

Os resultados da primeira fase incluíram a avaliação de consenso de especialistas do INSS e de quatro pesquisadores de universidades, em uma Convenção Nacional de capacitação central, doze videoconferências nacionais, e seis conferências regionais de desenvolvimento e treinamento. Participaram desta fase pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB), do Estado de São Paulo (USP), de Juiz de Fora – MG (UFJF) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Cada videoconferência teve a participação simultânea de pelo menos oito escritórios regionais nacionais, com médico e assistente social encarregados de treinar os colegas e conduzir novas entrevistas para avaliação das PcD com a IFBRA. Os participantes das discussões produziram material sobre a escala, e sugeriram alterações no Manual de Campo, com a inclusão de diversas frases detalhadas e exemplos.

As reuniões da primeira fase produziram relatórios escritos, que trouxeram evidências sumárias de que pesquisadores e técnicos validaram o construto da CIF, das MIF e de medidas acessórias. Cada seção dedicou uma videoconferência de três horas para discutir um ou dois domínios do IFBRA. As questões levantadas foram principalmente sobre a abrangência das perguntas, e sobre a homogeneidade quanto ao nível de compreensão relacionado à forma como os aplicadores deveriam formular essas perguntas.

Todos os itens da IFBRA foram mantidos, e a preferência dos grupos apontou acréscimos explicativos ao Manual de Campo no que diz respeito à adequação linguística, ampliando as circunstâncias para aplicação dos critérios da escala de MIF na decisão de registrar a pontuação das barreiras socioambientais específicas para cada trabalhador PcD.

A Fase dois consistiu em uma amostra qualitativa nacional de 16 assistentes sociais, 17 médicos e 44 PcD. Entrevistas qualitativas em cinco regiões brasileiras, envolvendo médicos,

assistentes sociais e PcD segurados avaliados como aceitáveis, deram interpretação homogênea ao IFBRA e geraram demandas de exclusão e/ou inclusão de novos itens à escala em remodelações posteriores.

A Fase 3 foi uma pesquisa nacional que rendeu mais de 17 mil entrevistas (17.350), conduzidas por uma dupla de avaliadores – médico e assistente social – com os PcD aposentados em todos os 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Nas *tabelas 1 e 2*, apresentamos o perfil de idade e sexo e um resumo dos tipos de deficiência das PcD entrevistadas. A *tabela 3* relata os pontos de corte derivados do percentual de concordância entre avaliadores e PcD. Os registros perdidos de opiniões subjetivas de cada uma das três pessoas são responsáveis pela ausência de observações em todas as tabelas em relação ao número total de 17.350 respondentes no Brasil no período.

Esses dezessete mil futuros aposentados representavam uma pequena fração das mais de trezentas mil PcD – 325.291, ou 0,73% do total – ativos no mercado de trabalho, pessoas que a administração da Previdência Social Brasileira temia que pudessem comparecer à porta do INSS.

Esse grande número de demandas potenciais para a aposentadoria antecipada veio de outro censo nacional realizado pelo Ministério do Trabalho – 'Relação Anual de Interesse Social de Empregados Contratados e Demitidos' (RAIS)' dos anos 2010-2011. Este registro exclui militares e funcionários públicos efetivos. Se todas essas pessoas solicitassem de uma só vez os benefícios da Lei nº 142/2013, poderiam comprometer o orçamento público, levando a um caos no pagamento de pensões de aposentadoria[12]. Após mais de dois anos de demandas espontâneas, fica evidente, pelos resultados da nossa pesquisa, que isso não aconteceu.

A pesquisa nacional do INSS sobre PcD que reivindicaram o ingresso no benefício da aposentadoria antecipada resultou nas requisições, durante dois anos, de demandas espontâneas dos trabalhadores que contribuíram para o INSS nessa condição. O perfil de idade e sexo está na *tabela 1*.

Tabela 1. Perfil de idade e sexo de futuros aposentados entre Pessoas com Deficiência que demandaram avaliação pelo IFBRA entre outubro de 2013 a janeiro de 2016 no Brasil

Grupo etário	Mulheres	Homens	Total	%
18-29	2	3	5	0,03
30-39	40	4	44	0,25
40-44	597	203	800	4,61
45-49	1856	981	2837	16,35
50-54	2660	1958	4618	26,61
55-59	2110	1299	3409	19,64
60-64	595	1530	2125	12,25
65-69	10	42	52	0,30
70-76	3	2	5	0,03
Ignorados	3428	28	3456	19,93
Total	**11298**	**6047**	**17350**	**100,00**

Fonte: elaboração própria.

Nota: dados brutos individuais não identificados provenientes da Dataprev – Sistema SUB. (Cinco registros incompletos foram excluídos).

Em sua maioria, as PcD ativas eram mulheres (65%). O resumo de sete números da distribuição de idade foi: mínimo = 19,0; média = 53,0; mediana = 53,0; de dígitos na tabela assemelha-se a um 'diagrama de ramos moda = 55,0; Q1 = 49,0; Q3 = 57,0; e máximo = 76,0 anos. Esses números descrevem uma distribuição quase normal da idade de PcD em que mediana, moda e média coincidem, e a distribuição e folhas' centrado no grupo de idade mediana (Kurtosis= -0,18).

De certa forma, surpreende ver PcD atuando no mercado de trabalho oficial e contribuindo para o INSS a partir dos 54 anos. A explicação para esse fato pode ser o retorno de trabalhadores idosos aos escritórios do INSS reivindicando contribuições anteriores aos empregos que exerciam na época, quando ainda jovens, devido aos benefícios trazidos pela nova legislação.

Atribuímos a ausência de observações ao fato de que os formulários de computador da IFBRA continham registros complementares para dados de identificação pessoal, incluindo sexo, idade e tipo de deficiência. Estes dados, digitados por funcionários administrativos, destinavam-se exclusivamente à vinculação do registro ao consistente Cadastro Central de dados individuais da Seguridade Social Nacional na empresa pública que mantém os registos nacionais de dados (Dataprev).

Comparamos a distribuição da soma automática dos escores de gravidade do IFBRA com as categorias de incapacidades utilizadas para classificar com PcD os trabalhadores que compareceram aos exames realizados por pares de médicos especialistas e assistentes sociais. A *tabela 2* exibe os valores cruzados para os resultados oficiais de exames individuais e a classificação IFBRA após pontuações de computação automática. Essa classificação utilizou uma escala governamental anterior não validada, que estabeleceu os limites provisórios para pontuações de gravidade. [Grave = <5739; moderado = <6354; leve = <7584; sem benefícios => 7585].

Tabela 2. Tipo de deficiência e classificação automática oficial do perfil de gravidade entre os aposentados potenciais considerados pessoas com deficiência que exigiram avaliação com o IFBRA para antecipar a aposentadoria de acordo com a Lei Federal brasileira LC142 / 2013 de outubro de 2013 a janeiro de 2016 no Brasil

	Classificação de gravidade % pelo sistema IFBRA–PRISMA					
Tipo de Impedimento	**Grave**	**Moderado**	**Leve**	**Indefinido**	**Total**	**Grupos**
Auditivo	1,9	3,5	8,0	2,4	15,8	---------
Auditivo+Múltiplo	0,6	0,5	1,0	0,3	2,4	18,2
Cognitivo+Mental	0,6	0,4	1,2	0,7	2,9	2,9
Motor	6,3	11,4	30,2	10,8	58,8	---------
Motor+múltiplo	0,4	0,1	0,2	0,1	0,8	59,6
Visual	1,9	1,2	5,2	4,3	12,5	---------
Visual+múltiplo	0,5	0,4	0,5	0,2	1,6	14,1
Ignorado	0,3	0,3	2,0	2,7	5,2	5,2
Total	**12,4**	**17,8**	**48,4**	**21,5**	**100,0**	**100,0**

Fonte: elaboração própria.

Nota: dados brutos individuais não identificados provenientes da Dataprev – Sistema SUB.

O Censo Brasileiro de 2010 trouxe informações sobre a proporção de PcD na população em geral, com especial interesse na faixa etária de 15 a 64 anos. A deficiência visual foi mais frequente (60% das PcD na faixa etária), seguida por motora (18%); auditiva (13,4%) e mental/intelectual (4,5%)[1].

Segundo o Censo Brasileiro, essa faixa etária de 15 a 64 anos coincide, em grande parte, com a idade dos PcD trabalhadores, porém em diferentes proporções. A maioria das s PcD no mercado de trabalho tinha deficiências motoras, e não visuais, reduzindo a prevalência das pessoas com deficiência visual para menos de 25% da população geral, e multiplicando em três vezes a prevalência de PcD com deficiências motoras.

Padrão de gravidade

Utilizamos a Teoria de Resposta ao Item para excluir 12 itens da escala que não contribuíram para a soma dos escores. A construção da soma dos escores utilizou o modelo da Teoria de Resposta ao Item, e excluiu itens que não contribuíram para os escores gerais.

Consequentemente, para continuar a soma das pontuações da matriz, o total de 41 itens da CIF foi reduzido para 29. Posteriormente, realizamos uma análise de sensibilidade, considerando como o padrão 'platina' a percepção de médicos e assistentes sociais de acordo, fora da escala IFBRA. A justificativa para essa escolha é descrita em outra publicação.

Os pontos de corte foram ajustados para maximizar a sensibilidade e a especificidade acima de 85%, utilizando a melhor concordância de médicos e assistentes sociais independentemente e fora da escala de matriz do IFBRA.

A adoção de uma nova escala validada deveria modificar a escala provisória utilizada para fins oficiais, de modo a alcançar melhor nível de justiça no reconhecimento dos níveis de severidade para as aposentadorias precoces de PcD. Uma implicação da mudança na escala seria a inclusão de mais pessoas nos níveis grave e moderado, além da redução do número de pessoas que não teriam direito ao benefício, por serem consideradas 'sem deficiência' ou 'nível indefinido de gravidade da deficiência'. Os valores dos novos pontos de corte estão na *tabela 3*.

Tabela 3. Pontos de corte validados em comparação com a escala oficial provisória PRISMA após a aplicação de melhores parâmetros de sensibilidade para reconhecer a gravidade da deficiência no estudo de fase III, 17.350 entrevistas de outubro de 2013 a janeiro de 2016

Percentis oficiais esperados antes de validar	Pontos de corte oficiais PRISMA antes de validar	Pontuações Prisma para dois avaliadores	Pontos de corte validados pelo IFBRA	Intervalos de gravidade IFBRA Fase III <=
5%	-	2200	2200	Grave
10%	-	3200	3200	Grave
25%	Grave <	5740	5740	Grave
50%	-	6060	6060	<= Grave
75%	Moderado <	6355	6355	Moderado
90%	-	6950	6750	<=Moderado
95%	Leve <	7585	7750	<=Leve
100%	Sem Benefício	8200	8200	Sem Benefício

Fonte: elaboração própria.

Nota: dados brutos individuais não identificados provenientes da Dataprev – Sistema SUB.

Esses três pontos de corte (<=) vieram do que foi denominado 'Padrão Platina', derivado do grupo de intersecção de concordância da percepção sobre a gravidade da concordância entre médicos e assistentes sociais (MD ∩ AS). Este nome foi uma alternativa ao primeiro conceito de 'padrão ouro', que seria baseado nas opiniões dos aposentados, e que foi abandonado devido à baixíssima concordância com as percepções dos pares de avaliadores profissionais, com uma tendência clara e paradoxal das PcD para subestimar sua própria gravidade. Essa tendência chegou a surpreender os preconceitos de alguns avaliadores sobre o assunto.

Essa perspectiva divergente do senso comum apareceu nas fases um e dois da pesquisa de validação anterior. Foi considerada uma consequência natural advinda do posicionamento social dos dois grupos – avaliadores e potenciais aposentados –, uma vez que se depararam com direitos legais e concepções socialmente construídas sobre o que é deficiência.

O ponto de corte ideal na gravidade adotado após a validação com os 'critérios *platinum*' aumentou de 5.740 para 6.060, possivelmente dobrando o número dessas PcD reconhecidas, na própria fonte dos casos de validação de 2013-2016, como pessoas com deficiência grave.

Além disso, as categorias moderada e leve devem ser ampliadas, de modo a permitir a redução da negligência injusta de negar o reconhecimento dos direitos das PcD à sua aposentadoria antecipada legal. A gravidade moderada começaria em 6.356, e a leve, em 7.750. A categoria denominada 'sem benefícios' começaria somente após 7.750 pontos atribuídos por dois avaliadores. Isso incluiria um total de 5,29% mais pessoas reconhecidas como PcD – especialmente com 24,63% a mais no número de pessoas classificadas como 'leves' entre aquelas que foram excluídas dos benefícios.

Limitações da pesquisa

As críticas à nossa pesquisa podem vir da impossibilidade de padronizar, além do simples texto das perguntas na tela dos computadores, a forma de fazer as perguntas e digitar as respostas em todo o Brasil, e do caráter transversal da pesquisa.

Não foi possível saber quantas PcD não solicitaram espontaneamente os exames do INSS por desinformação ou desconhecimento sobre seus direitos perante a lei. Não foi possível resgatar uma amostra de 300 mil não respondentes da população de referência de nessas condições – e que, possivelmente, representam vinte vezes a nossa demanda espontânea no País.

Há um viés implícito de sobrevivência nos 17,35 mil participantes da pesquisa nacional. Casos graves não apareceriam para exames transversais. O trabalhador considerado PcD teria que sobreviver e suportar as demandas de emprego até que se cadastrasse para contabilizar o tempo de contribuição ao INSS. Ele atingiria a expectativa de aposentadoria após completar o tempo mínimo de trabalho – contribuição de vinte anos (mulheres) ou vinte e cinco anos (homens) –, ou atingir os 55 (mulheres) ou 60 (homens), tendo contribuído pelo menos durante 15 anos[8,12].

Parece inevitável que aqueles que deixam de cumprir esses horários contributivos e de trabalho sejam os que têm as deficiências mais graves, sofrem de barreiras sociais e ambientais mais duras, têm menos escolaridade e até sofrem de agravantes das doenças competitivas em relação a outros que poderiam continuar trabalhando.

Embora nossa intenção seja relatar o método de seleção da melhor concordância para estabelecer o padrão acima dos resultados específicos, outro limite para nossa inferência a partir desta pesquisa nacional é a possível inadequação dos valores de corte da IFBRA para outros países ou regiões.

A força de nossa consideração sobre a conveniência de selecionar um padrão composto pela avaliação simultânea de dois profissionais veio de duas fontes: buscamos a melhor concordância, que deve ser também a menos questionável; e olhamos para uma amostra nacional de 17,35 mil avaliações, sob a perspectiva

subjetiva simultânea de três espectadores: o trabalhador PcD, um médico especialista e um ou uma assistente social. Essas premissas nos deram uma lista de 52,05 mil observações subjetivas para comparar e fazer essa escolha.

Considerações finais

Concluímos que, por subestimar a gravidade, o método oficial e provisório utilizou pontos de corte restritivos na soma das pontuações do IFBRA que excluíam PcD do benefício de seus direitos.

Concluímos que a classificação da gravidade que pode ser alcançada de forma menos estressante, e mais consensual, ocorreu quando ambos os profissionais concordaram com a gravidade, utilizando seus limites subjetivos para estabelecer um ponto de corte. Encontramos essa condição na interseção de suas tabelas de classificação. Um caso grave classificado de acordo por ambos os profissionais seria forçosamente aceitável pela maioria dos outros meios.

Decidimos que, após a descrição geral dos procedimentos para consenso do especialista, a análise qualitativa de aceitabilidade e a avaliação quantitativa da concordância sobre os critérios subjetivos para avaliação da gravidade, o IFBRA poderia ser validado quanto à precisão, adotando a intersecção da classificação entre médicos especialistas e assistentes sociais.

Essas medidas permitiriam comparações estáveis para estabelecer pontos de corte futuros. Outros pesquisadores poderiam aplicar este método em outras configurações nacionais e culturais, sem a transposição mecânica de qualquer classificação baseada na soma das pontuações do IFBRA.

Por fim, consideramos que o IFBRA apresentou boa validade com referência a domínios pertinentes – abrangência, aceitabilidade, interpretação e precisão –, de acordo com um novo padrão de referência. Uma análise posterior abordará as etapas de cada uma das três fases de validação.

Contribuições de autoria

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)* desenvolveu métodos quantitativos de validação, articulados com controles estatísticos e de engenharia de *software* para projetar as saídas do programa de computador, discutiu a análise e escreveu o texto deste relatório. Merchan-Hamann E (0000-0001-6775-9466)* coordenou a equipe de pesquisa acadêmica, respondeu à busca por financiamento e à execução e ao controle financeiro, discutiu métodos e participou da análise em todas as etapas, especialmente nas técnicas epidemiológicas, incluindo revisão e divisão dos tópicos de cada relatório. Pereira EL (0000-0002-7771-1594)* desenvolveu métodos qualitativos de validação, coordenou a participação de estudantes de pós-graduação no campo de pesquisa, descreveu e aplicou o treinamento para as equipes de campo, organizou treinamentos para obter uniformidade na condução das avaliações de campo, e revisou e discutiu o relatório. Barbosa L (0000-0003-2268-3212)* desenvolveu métodos qualitativos de validação, coordenou alunos de pós-graduação para atuação em campo, descreveu e aplicou o treinamento para as equipes de campo, revisou e discutiu o relatório. Rodrigues DS (0000-0001-7391-1794)* desenvolveu métodos qualitativos relacionados à reabilitação e à avaliação da gravidade, descreveu e aplicou o treinamento para as equipes de campo, organizou treinamentos para obter uniformidade na condução das avaliações de campo, e revisou e discutiu o relatório. Souza WR (0000-0002-8915-4895)* desenvolveu técnicas de coleta de dados, formatação de bancos de dados, *software* e segurança contínua da coleta de dados, além de projetar saídas de computador para análise de dados de acordo com o planejamento estatístico. Silva GL (0000-0001-9650-2993)* coordenou a distribuição quantitativa do plano de amostragem, planejou a abordagem analítica para determinar o tipo de coleta de dados e as saídas do computador, executou procedimentos analíticos na Teoria

de Resposta ao Item, e coordenou a análise quantitativa adequada aos múltiplos domínios e respostas de deficiência em relação à CIF. Höefel MGL (0000-0003-2176-5013)* executou ações de capacitação em campo em todo o País, combinando abordagens quantitativas e qualitativas para treinar equipes de coleta de dados, revisou e discutiu o relatório. ■

Referências

1. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (BR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BR). Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com deficiência [Internet]. Brasília, DF: SDH-PR; 2012 [cited 2025 Jul 21]. Available from: https://www.unievangelica.edu.br/novo/img/nucleo/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficienciareduzido.pdf

2. Congresso Nacional (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5 [cited 2025 Jul 21];Seção I:1. Available from: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/

3. Presidência da República (BR). Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1991 jul 25 [cited 2025 Jul 21];Seção I:14809. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm

4. Senado Federal (BR). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2008 [cited 2025 Jul 21]. Available from: http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/99423/Convencao_direito_pessoas_deficiencia_2008.pdf?sequence=2

5. Franzoi AC, Costa AJL, Xerez D, et al. Elaboração de instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros: relatório final de pesquisa [Relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; IETS; 2013.

6. Franzoi AC, Xerez DR, Blanco M, et al. Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br). Acta Fisiatr. 2013;20(3):164-170. DOI: https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130028

7. Presidência da República (BR). Decreto nº 8145, de 3 de dezembro de 2013. Altera o Regulamento da Previdência Social – RPS, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 dez 3 [cited 2026 Jan 29]; Edição Extra;Seção I:1. Available from: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1000&pagina=1&data=03/12/2013

8. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (BR); Previdência Social; Fazenda; Planejamento Orçamento e Gestão; Advocacia-Geral da União. Portaria Interministerial nº 1, de 27 de janeiro de 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 3048, de 6 de maio de 1999. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2014 jan 30 [cited 2026 Jan

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

29]; Seção I:2-6. Available from: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/01/2014&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=184

9. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF short version. Geneva: World Health Organization; 2001. 228 p.

10. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiatr. 2001;8(1):45-52. DOI: https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010002

11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiatr. 2004;11(2):72-6. DOI: https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003

12. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o §1º do art 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS [Internet]. Diario Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 9 [cited 2026 Jan 29]; Seção 1:1. Available from: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2013/leicomplementar-142-8-maio-2013-775948-norma-pl.html

13. Presidência da República (BR). Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 maio 29 [cited 2026 Mar 6]; Edição 103; Seção 1:3. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.874-de-28-de-maio-de-2024-562375438

Recebido em 20/07/2025
Aprovado em 27/02/2025
Conflito de interesses: não existente
Disponibilidade dos dados: os dados de pesquisa estão disponíveis no repositório de dados da Saúde em Debate (https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.EBKJWE)
Suporte financeiro: Ministério da Previdência Social do Brasil Nº 44000.001814/2013-60 – FUB – Acordo de Cooperação Técnica de 21/11/2013

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7877904356698023 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3152-1362 – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com