



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”  
Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Ética, Direitos Humanos e Serviço Social  
Sub-Eixo: Ênfase em Direitos Humanos

## IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ÚNICO DE AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Kahena Bizzotto<sup>1</sup>

**Resumo:** Este artigo tem o intuito de discorrer sobre a implementação do Modelo Único de Avaliação da Deficiência no Brasil, a fase de validação de conteúdo do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) e a participação do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS) neste processo. Este trabalho está estruturado em introdução, desenvolvimento e considerações finais.

**Palavras-chave:** Índice de Funcionalidade Brasileiro; Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS); Política de Assistência Social; avaliação da deficiência; estudos sobre deficiência.

**Abstract:** This article intends to discuss the implementation of the Single Model for Disability Assessment in Brazil, as the content validation phase of the Brazilian Modified Functionality Index (IFBrM) and the participation of the Ministry of Social and Agrarian Development (MDS) in this process. This work is structured in introduction, development and final considerations.

### Introdução

A deficiência possui diferentes formas de entendimento, se dividindo em modelos da deficiência. Os estudos sobre deficiência partem do modelo social da deficiência, que a entende como uma forma de opressão e que pessoas com deficiência foram e ainda são excluídas de diversas formas da vida social e comunitária, o que exige das políticas públicas brasileiras uma resposta para lidar com essa opressão até que seja erradicada. Não há um consenso sobre a melhor forma de se definir a deficiência, há modelos e discursos que influenciam as políticas públicas.

Com as legislações em referência as pessoas com deficiência, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2007, ratificada no Brasil em 2009, e a Lei Brasileira de Inclusão de 2015, algumas medidas tiveram que ser tomadas, incluindo a avaliação da deficiência que deve ser agora unificada para todas as políticas públicas, de

---

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC – USP, E-mail: kah.qbizz@gmail.com.

forma que possibilite às pessoas com deficiência um maior acesso a elas, se a perspectiva da deficiência muda, a avaliação da deficiência deve também ser modificada.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da política de assistência social é a principal política de proteção assistencial a pessoas com deficiência na atualidade, com a transferência mensal de 1 salário mínimo para pessoas com deficiência e idosos muito pobres, que possuam menos que  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo per capita para terem direito ao benefício. A avaliação para o BPC tem sido pioneira quanto à avaliação da deficiência por uma perspectiva biopsicossocial e multidisciplinar, sendo realizada no Brasil desde 2009, portanto os profissionais que realizam a avaliação são parceiros importantes na implementação do Modelo Único.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a concepção de deficiência assumida para concessão do BPC a pessoas com deficiência no Brasil e como objetivos específicos teve-se: 1) Análise da perspectiva de deficiência presente no debate acadêmico sobre assistência social no Brasil; 2) Acompanhamento da validação de conteúdo do Índice de Funcionalidade Brasileiro pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário por meio dos relatórios produzidos pela equipe responsável por validar o conteúdo do instrumento; 3) Identificar tensões, rupturas e continuidades com a perspectiva de deficiência na apropriação do IFBrM pela política.

Essa foi uma pesquisa qualitativa, de análise de políticas públicas, que se utiliza de técnicas de análise documental para estudar as políticas de assistência social para pessoas com deficiência. Para a realização da pesquisa foram analisados relatórios sobre a validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro produzidos pela equipe de pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário que está sob coordenação da Universidade de Brasília. Ao todo foram vinte e quatro relatórios, mas como consta em relatório, o MDS esteve presente em apenas três reuniões e duas oficinas. Os dados serão analisados por meio de uma combinação de técnicas de análise histórica, teoria fundamentada e análise documental. A teoria produzida a partir dos dados, será considerada sempre no contexto histórico estudado, a fim de evitar análises anacrônicas e/ou equivocadas dos dados. Os objetos de estudo da historiografia são textos, fragmentos e memórias, que fornecem elementos indiretos para a construção interpretativa de um fenômeno que ficou no passado e é, portanto, objetivamente inacessível.

**Formas de entendimento sobre a deficiência e o Benefício de Prestação Continuada.**

O chamado modelo médico de entendimento da deficiência é conhecido por interpretar a deficiência a partir do impedimento corporal, a algo biológico, que procura a cura ou formas para que o corpo se encaixe na norma. A deficiência é, então, vista a partir dessa perspectiva como uma incapacidade física que deve ser ajustada, para que a pessoa possa ter seu funcionamento biológico “normal”. “Para o modelo médico, deficiência é consequência natural da lesão em um corpo, e a pessoa deficiente deve ser objeto de cuidados biomédicos” (Diniz 2007, 15). Nesse modelo, a reabilitação corporal é central para a adequação das pessoas com deficiência à sociedade. Ocorre que a classificação corporal se coloca entre o normal e o patológico.

Na década de 70, emergiu o modelo social da deficiência que, diferentemente do médico, entende a deficiência como uma das formas de estar no mundo, e que é também influenciada por questões sociais, ambientais, econômicas, entre outras. O modelo social nega a ideia de que o corpo precisa de intervenções para se encaixar na dita normalidade corporal, e argumenta que a sociedade deve se ajustar para receber sua população sem quaisquer barreiras de participação social.

Viver em um corpo deficiente pode proporcionar a experiência de viver uma vida onde pode haver violação de direitos, devido ao não reconhecimento da sociedade dos impedimentos corporais e das formas de tratá-lo com igualdade. Santos argumenta que o modelo social parte do princípio de que o modelo médico não é suficiente para melhorar o bem-estar das pessoas com deficiência, a partir do âmbito da justiça, dos direitos humanos e das configurações das estruturas sociais, o trabalho, a educação, as políticas e a proteção social (Santos 2010).

Segundo Diniz, Barbosa e Santos atualmente a OMS possui duas classificações de referência para descrever as situações de saúde, que irão subsidiar políticas e ações de saúde. As classificações se encontram materializadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) e na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que foi aprovada em 2001. A CIF foi debatida e disputada politicamente entre os defensores dos diferentes modelos que definem deficiência, os modelos médico e social, já apresentados anteriormente. Esses autores apontam também que o modelo médico foi, por quase trinta anos, soberano nas ações da OMS, o que deu um rumo específico para as políticas públicas dos países ligados a ela.

Sugerindo um diálogo entre os dois modelos de deficiência, a proposta da CIF foi a de “lançar um vocabulário biopsicossocial para descrição dos impedimentos corporais e a avaliação das barreiras sociais e da participação” (Diniz, Barbosa, Santos 2010, 109). Tais

autores alegam que a proposta de universalizar a definição da deficiência pode ser entendida de duas formas: como reconhecimento da força política do modelo social da deficiência e, como alegação de que o corpo não é uma barreira individual mas, sim, uma condição de existência, onde deficiência e o envelhecimento são conceitos próximos, de forma que: “a perspectiva da deficiência como tragédia individual ou limitação corporal significava que as ações prioritárias seriam medidas sanitárias, de reabilitação, e não de proteção social ou de reparação da desigualdade” (Diniz 2007, 45).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é hoje um dos principais programas da política de assistência social, esse programa de transferência de renda garante o valor de um salário mínimo para pessoas que tenham como renda familiar inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo Per capita e que sejam idosos acima de 65 anos ou pessoas com deficiência. “O BPC passou a ser a principal política de assistência social para as pessoas pobres com deficiência, pois garante a proteção às necessidades individuais básicas” (Barbosa, Diniz, Santos 2010, 45).

O benefício parte da política de assistência social e independe da contribuição das pessoas para a previdência social, qualquer vínculo com o trabalho ou contrapartidas. Com a criação de tal benefício, a definição da deficiência, que passa a ser um critério de acesso ou não a tal benefício assistencial, vai fazer grande diferença na ampliação ou restrição no acesso. É necessária, então, uma comprovação da deficiência, a execução de um exame pericial é realizada para assegurar tal declaração feita pelo requisitante do benefício. O que ocorre com essa necessidade de uma avaliação da deficiência é um acirramento das disputas entre os modelos de entendimento da deficiência, médico e social. Barbosa, Diniz e Santos apontam que o modelo médico era hegemônico, orientando perícias do BPC que se restringiam ao corpo, mas que surgem controvérsias quanto às fronteiras entre a deficiência e as doenças crônicas. Argumentam ainda que o modelo médico se tornou insuficiente no quesito da avaliação sobre a exclusão social ou a discriminação.

Em 2006 a ONU aprovou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que, inspirado no modelo social, define:

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, 26).

Em 2009, a Convenção foi ratificada no Brasil, o que implicou na utilização dos princípios colocados e definidos na mesma pelas legislações e políticas públicas brasileiras. A Convenção tem suporte normativo constitucional (Santos, 2010). Segundo Diniz, Barbosa e Santos, a partir da assinatura da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com

Deficiência em 2007, um novo conceito de deficiência deveria nortear as ações do Estado, garantindo assim a justiça para as pessoas com deficiência no Brasil. Esse novo conceito “não ignora as especificidades corporais” (2010, 99), e concilia a interação do corpo com o meio em que as pessoas vivem, os impedimentos e as barreiras sociais que impedem a participação social plena e efetiva das pessoas com deficiência. Tal definição é inspirada pelo modelo social e sua forma de entender a deficiência.

Como exigência da Lei Brasileira de Inclusão (LBI), as políticas sociais federais deverão implementar o chamado Modelo Único de avaliação da deficiência até janeiro de 2018 (Brasil, 2015), o que representa um redirecionamento importante na proteção social às pessoas com deficiência no Brasil. Até o presente momento, as políticas sociais brasileiras tem se mostrado fragmentadas no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência (Barbosa, 2013). Os critérios para o acesso a proteção social de cada política são distintos, de forma que acabam por abarcar pessoas diferentes nos seus contextos. Sem a clareza de um sujeito para a proteção social, as políticas não dialogam entre si e não conseguem promover melhoras na vida das pessoas com deficiência, uma população reconhecidamente vulnerável em todo o mundo.

Influenciada em parte pelo modelo social e em parte pelo modelo médico, em 2009 foi adotado o termo de classificação para o BPC a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), alterando os termos de definição da deficiência e os critérios de elegibilidade para a avaliação adotada para concessão do benefício. “Com esse novo conceito, o desafio para o BPC está em estabelecer em que medida os saberes biomédicos e sociais devem se combinar no processo pericial” (Barbosa, Diniz, Santos 2010, 46). Com a criação do Modelo Único a política de assistência social também deverá utilizá-lo para concessão de seus benefícios, a participação do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário se fez importante nessa construção para que pudesse constar sua experiência em avaliação biopsicossocial e multidisciplinar.

### **A validação de conteúdo do Índice de Funcionalidade Brasileiro e a participação do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário.**

O Índice de Funcionalidade Brasileiro foi pensado a partir dessas demandas já apresentadas anteriormente, segundo Barbosa e Santos a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República foi responsável por providenciar a criação de um instrumento que identificasse quem eram as pessoas com deficiência a fim de servir à proteção social brasileira. O Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade da Universidade Federal do Rio

de Janeiro fez esse primeiro instrumento, denominado como Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr). Os autores explicam que o IFBr é um instrumento composto por atividades da vida diária, quarenta e uma atividades ao todo que foram distribuídas entre sete domínios. Essas atividades são avaliadas por pontuações que vão classificar o nível de dependência em relação a outras pessoas e a produtos e tecnologias dos indivíduos avaliados. São baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), e a pontuação segundo os autores, foram adaptadas da Medida de Independência Funcional (MIF). Explicando um pouco mais sobre a forma pela qual as pontuações são utilizadas para classificar as atividades, Barbosa e Santos nos demonstram que:

A avaliação de cada atividade é realizada por meio de quatro pontuações (100, 75, 50 e 25) em que 100 representa a completa independência funcional e 25 a não execução da atividade ou a completa dependência de terceiros. As pontuações intermediárias são 75, atribuída aos sujeitos que executam as atividades com o auxílio de tecnologias assistivas ou de forma diferente da considerada usual; e 50, conferida quando é necessário o auxílio, a supervisão ou a preparação de alguma etapa da atividade por terceiros (Barbosa, Pereira 3026, 2016).

Esse instrumento serviu de base para a construção do Modelo Unificado que está sendo validado pela Universidade de Brasília em parceria com os Ministérios. Uma versão do instrumento já foi validada para o Instituto Nacional do Seguro Social, chamado de IFBrA<sup>2</sup>. Segundo Barros, o IFBr parte da ideia de independência como forma de mensuração para se classificar a capacidade de pessoas com deficiência. A partir de perguntas sobre as atividades da vida diária que as pessoas com deficiência devem responder, e os avaliadores pontuar no instrumento de acordo com a orientação metodológica, o instrumento é capaz de medir se a pessoa possui ou não deficiência e se esta é leve, moderada ou grave.

Na fase de conteúdo do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), nomeado dessa forma para se diferenciar dos anteriores, cada Ministério que possui uma política que se necessita de avaliação da deficiência teve um representante para discutir sobre o instrumento e colocar sobre suas demandas para que o instrumento fosse construído pelos técnicos de cada órgão. O desafio na construção de um instrumento de avaliação da deficiência unificado se iniciou já nesse momento, já que as políticas possuem caráter e demandas diferentes e específicas o que gerou dificuldades.

As reuniões da fase de conteúdo eram para se discutir cada domínio e atividade que deveriam estar relacionadas à dependência e formas de realização de tarefas, como comer, enxergar, entre outras. Discutiram-se também sobre a idade de forma que abarcasse todas as políticas, modificando alguns tópicos de acordo com a CIF e outros de acordo com o

---

<sup>2</sup> Ver Barbosa e Pereira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10): 3017-3026, 2016.

instrumento do BPC. Nessa questão da idade o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário teve grande participação, pois levou muito da experiência da avaliação do BPC de forma a compor o instrumento. Ao todo foram realizadas vinte e quatro reuniões e o MDS esteve presente em três reuniões e duas oficinas realizadas com especialistas sobre o instrumento.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário participou de três reuniões e duas oficinas técnicas de validação do instrumento. Porém apontou que não teve uma reunião específica com a UnB como outros ministérios tiveram para discutir: tipo de política, beneficiários, banco de dados, etc. O que pode ter dificultado na compreensão do instrumento pelo MDS.

Percebeu-se, ao analisar os relatórios das reuniões que o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário participou, que o MDS se posiciona contra a utilização de laudos médicos e defende que: “Não existe mais laudo médico ou social, mas um instrumento que avalia barreiras” e afirma ainda que: “voltar à avaliação médica é retornar a 1996”. Ao se negar a utilização de laudos, tanto médicos quanto sociais, que por muitos anos foram utilizados para avaliar a deficiência, principalmente na política de assistência social para concessão do BPC, demonstrou uma aproximação e apropriação do MDS da CIF, que foi inspirada também no modelo social da deficiência. Demonstrou ainda que o Ministério em questão parte da ideia de que a definição da deficiência não pode ter um caráter objetivo e que o trabalho do comitê de validação não era criar uma lista de lesões, considerando que a deficiência é socialmente determinada e as necessidades dependem do lugar que uma pessoa com impedimento corporal está inserida social e economicamente.

Porém aparentemente há uma preocupação do Ministério por estar saindo de um instrumento já utilizado para avaliar a deficiência na política de assistência social para algo novo e unificado. O Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário apontou como manifestação dessa preocupação que:

Não é ruim olhar para as funções dos corpos, mas pontuar como direcionamento para avaliação. As propostas do IFBr alteram significativamente as propostas do INSS e que podem se basear em preconceitos que tive naquele momento da avaliação (Reunião do dia 08/06/2017).

A UnB argumentou que há um limite na alteração do IFBr, instrumento original, e que só se pode modificar o IFBrA, pois está validado para fins de aposentadoria no Brasil. Foi apontado também que descaracterizar o IFBr pode ter grandes repercussões que não poderão ser controladas. A UnB quanto à modificação do instrumento firmou que:

Do ponto de vista técnico para você mexer no instrumento você precisa ter justificativas científicas para isso. Para fazer mudanças sem justificativas, que mude a

face e estrutura do instrumento, é melhor nomear o instrumento de outra maneira (Reunião do dia 08/06/2017).

O que está sendo validado é um instrumento unificado, não único, de avaliação da deficiência para as políticas sociais, o que significa que as bases teóricas desse instrumento são as mesmas e partem da CIF. É importante pontuar as bases teóricas para se pensar de que forma elas se apresentam tecnicamente, podemos perceber que muitas vezes há incongruências do discurso na operacionalização, na forma de aplicação do instrumento, a mudança de perspectiva quanto à definição da deficiência por muitas vezes ainda não está fixada na prática profissional de avaliação.

Pensar um instrumento que servirá para avaliar e classificar as pessoas com deficiência em toda a proteção social do Brasil é um grande desafio, se por um lado se distancia do modelo puramente médico da deficiência que considera apenas o corpo e se aproxima do modelo social pensando na deficiência por uma perspectiva ampla e nas barreiras de participação o instrumento ao mesmo tempo cria uma nova gama de pessoas com deficiência a partir do novo conceito e uma avaliação que se volta para a funcionalidade.

### **Conclusão**

O IFBr propõe uma avaliação da deficiência a partir do entendimento da CIF e se aproximando do modelo social, uma avaliação da deficiência observando as limitações ou situações colocadas, observando também as limitações definitivas ou temporárias, o meio em que a pessoa está inserida é muito importante para esse instrumento. A importância do quadro histórico das pessoas avaliadas também é levada em consideração, abordando a inclusão, aceitação, preconceito, história, convívio diário e a questão social.

Para avaliar a deficiência é importante pensar em grupos que por muito tempo foram considerados incapazes para o trabalho e para a vida independente, pois era dessa forma que se definiam a deficiência. Refletir sobre as atividades que contém no instrumento que foram modificadas pela equipe de validação de conteúdo e o limiar de quem é ou não a pessoa com deficiência no Brasil. A deficiência segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência se dá a partir de uma restrição de participação e o instrumento se propõe a pensar qual a restrição de participação em interação com as barreiras os sujeitos sofrem em seu contexto.

Percebeu-se ao analisar os relatórios das reuniões de validação de conteúdo do IFBrM que o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário fez grandes contribuições nas



reuniões em que participou, porém, demonstrando, ainda, uma resistência ao instrumento por já ter implementado um instrumento de avaliação da deficiência para o BPC baseado na CIF. Diferentemente de outras políticas que não possuem uma forma de avaliação da deficiência, o BPC já realiza uma avaliação biopsicossocial. Historicamente a definição sobre quem são as pessoas com deficiência se modificou por diversas vezes nas legislações da política de assistência social o que conseqüentemente alterou as avaliações da deficiência que perpassaram por laudo médico, avaliação médica e social, até chegarem na última avaliação utilizada e no ano de promulgação da Lei Brasileira de Inclusão que sancionou que deveria haver um modelo único. O IFBrM por ser unificado, não foi pensado especificamente para o BPC, mas é um instrumento que será benéfico para as políticas públicas e representará um avanço para a seguridade social brasileira para pessoas com deficiência.

Conclui-se esse artigo propondo uma reflexão quanto ao IFBrM e de que forma ele possibilitará que as pessoas com deficiência sejam vistas como pessoas de direitos que precisam ser assegurados pelo Estado a partir da perspectiva do modelo social da deficiência.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Ana Paula. *Dependência e deficiência: um estudo sobre o Índice de Funcionalidade Brasileiro aplicado à aposentadoria*. Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília. 2016.

BARBOSA, Livia. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Justiça: novos contornos das necessidades humanas para a proteção social dos países signatários*. Brasília: UNB. Tese - Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade de Brasília. 2013.

\_\_\_\_\_, Livia e PEREIRA, Éverton Luís. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da CL 142/2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21 (10). 2016.

\_\_\_\_\_, Livia; DINIZ, Debora e SANTOS, Wederson. Diversidade corporal e perícia médica no benefício de prestação continuada. DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia e MEDEIROS, Marcelo; (Org.), *Deficiência e igualdade*. Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

\_\_\_\_\_, Livia; SANTOS, Wederson e SILVA, Regiane. Discriminação das pessoas com deficiência: um estudo no Distrito Federal. In DINIZ, Debora e

SANTOS, Wederson (Eds.). *Deficiência e discriminação*. Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

BRASIL. *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)

DINIZ, Debora. *O que é deficiência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

\_\_\_\_\_, Debora; BARBOSA, Livia e SANTOS, Wederson. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. In: DINIZ, Debora; SANTOS, Wederson (Org.). *Deficiência e Discriminação*; Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

\_\_\_\_\_, Debora. SANTOS, Wederson. Deficiência e direitos humanos: desafios e respostas à discriminação. In: DINIZ, Debora; SANTOS, Wederson(Org.). *Deficiência e Discriminação*; Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

Discussão da Matriz de Avaliação de Criança e Adolescente, 2017. Brasília – DF. Ata de reunião.

SANTOS; Wederson. Deficiência, Desigualdade e Assistência Social: o Brasil e o debate internacional. DINIZ, Debora e SANTOS, Wederson; (Org.). *Deficiência e Discriminação*. Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

\_\_\_\_\_, Wederson. O que é incapacidade para a proteção social brasileira? In: BARBOSA, Livia; DINIZ, Debora e MEDEIROS, Marcelo (Eds.). *Deficiência e igualdade*. Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

\_\_\_\_\_, Wederson; DINIZ, Debora e PEREIRA, Natália. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. In: BARBOSA, Livia; DINIZ, Debora e MEDEIROS, Marcelo; (Eds.). *Deficiência e Igualdade*. Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

\_\_\_\_\_, Wederson e PENALVA, Janaína. Renda, idade e corpo para o Benefício de Prestação Continuada. In: BARBOSA, Livia; DINIZ, Debora e MEDEIROS, Marcelo (Eds.). *Deficiência e igualdade*. Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

SEN, Amartya. Elementos de uma teoria de direitos humanos. In: DINIZ, Debora e SANTOS, Wederson (Org.). *Deficiência e discriminação*. Brasília: Editora Letras Livres: Editora UnB, 2010.

Oficina técnica de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro – IFBR, 2017. Brasília - DF. Relato realizado por Liliane Fernandes.

Oficina técnica: validação do IFBr no Comitê Nacional. 2017. Brasília – DF. Relato realizado por Liliane Fernandes.

Finalização da Matriz de Avaliação de Criança e Adolescente Apresentação do Protótipo da Fase I do Cadastro - Inclusão – Dataprev, 2017. Brasília – DF. Ata de reunião.

Alinhamento entre os Ministérios para construção de um instrumento a partir do que Ministério da Saúde vem construindo, 2017. Brasília – DF, Universidade de Brasília. Ata de reunião 08/06/2017.