

Caracterização indiscriminada de pessoa com deficiência: legislações estritamente nosográficas sem avaliação de funcionalidade

Indiscriminate characterization of persons with disabilities: strictly nosographic legislation without functional assessment

Gustavo de Almeida¹ 

RESUMO | O conceito de pessoa com deficiência evoluiu de uma perspectiva médico-biológica para um entendimento biopsicossocial, que considera a interação dinâmica entre funcionalidade, incapacidade e fatores contextuais, conforme preconizado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. No entanto, observa-se uma tensão entre esse modelo e legislações que reconhecem automaticamente determinadas condições como deficiência, sem a correspondente avaliação funcional. Entre essas condições destacam-se a visão monocular, o transtorno do espectro autista e a fibromialgia. Este artigo de opinião analisa algumas implicações jurídicas, sociais e éticas dessa expansão conceitual no Brasil. Argumenta-se que tal ampliação, ao comprometer os princípios da discriminação positiva, impõe desafios relevantes às políticas públicas orientadas pela equidade e pela justiça distributiva.

Palavras-chave | pessoas com deficiência; avaliação da deficiência; modelos biopsicossociais; política de saúde; saúde do trabalhador.

ABSTRACT | The concept of a person with a disability has evolved from a medical-biological perspective to a biopsychosocial understanding that considers the dynamic interaction between functioning, disability, and contextual factors, as proposed by the International Classification of Functioning, Disability and Health. However, a tension can be observed between this model and legislation that automatically recognizes certain conditions as disabilities without the corresponding functional assessment. Among these conditions are monocular vision, autism spectrum disorder, and fibromyalgia. This opinion article analyzes some legal, social, and ethical implications of this conceptual expansion in Brazil. Such expansion, by compromising the principles of positive discrimination, poses significant challenges to public policies guided by equity and distributive justice.

Keywords | disabled persons; disability evaluation; models, biopsychosocial; health policy; occupational health.

¹Serviço de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional, Senado Federal, Brasília, DF, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflitos de interesse: Nenhum

Como citar: Almeida G. Indiscriminate characterization of persons with disabilities: strictly nosographic legislation without functional assessment. Rev Bras Med Trab. 2026;24:e20261543. <http://doi.org/10.47626/1679-4435-2026-1543>

Editor associado: Sergio Roberto de Lucca

Declaração de Dados: Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

INTRODUÇÃO

O conceito de pessoa com deficiência (PcD) passou por transformações significativas nas últimas décadas, migrando de uma perspectiva predominantemente médico-biológica para uma compreensão biopsicossocial mais abrangente. Essa mudança reflete o reconhecimento de que a deficiência não se limita à presença de uma condição clínica, mas resulta da interação entre impedimentos individuais e barreiras sociais, ambientais e atitudinais.

Entretanto, observa-se crescente tensionamento entre esse modelo e iniciativas legislativas que promovem o reconhecimento automático de determinadas condições de saúde como deficiência, sem a correspondente avaliação funcional individualizada. Essa tendência, por vezes impulsionada por movimentos identitários ou por demandas específicas, pode comprometer a coerência normativa e afetar o equilíbrio entre equidade e eficiência na formulação de políticas públicas.

Neste ensaio, adotando uma abordagem crítico-analítica, examinam-se elementos bibliográficos e documentais relacionados ao reconhecimento da PcD no Brasil, com ênfase em três condições específicas: visão monocular, transtorno do espectro autista (TEA) e fibromialgia.

O objetivo é discutir alguns impactos jurídicos, sociais e éticos decorrentes da expansão indiscriminada do conceito de deficiência, bem como refletir sobre a necessidade de harmonização normativa orientada pela implementação de critérios avaliativos que considerem a diversidade das experiências individuais e os diferentes graus de funcionalidade. Dessa forma, busca-se fomentar um debate essencial sobre as políticas de ação afirmativa destinadas às PcDs.

DESENVOLVIMENTO

REFERENCIAIS NORMATIVOS

Os critérios para o reconhecimento da PcD no Brasil revelam um cenário de contradições decorrente da coexistência de diferentes parâmetros normativos.

O Decreto nº 3.298/1999, que por muitos anos constituiu a principal norma federal sobre o tema, reflete a concepção médico-biológica de deficiência, centrada no

diagnóstico e predominante no contexto histórico-cultural de sua elaboração:

Art. 4º. É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva – perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

- a) de 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve;
- b) de 41 a 55 db – surdez moderada;
- c) de 56 a 70 db – surdez acentuada;
- d) de 71 a 90 db – surdez severa;
- e) acima de 91 db – surdez profunda; e
- f) anacusia;

III - deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais,

aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências [1].

Contudo, em 2009, o ordenamento jurídico brasileiro incorporou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), com status de emenda constitucional. A partir desse marco, a deficiência passou a ser compreendida sob uma perspectiva biopsicossocial, definida como o resultado da interação entre impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e as barreiras ambientais que restringem a participação dessas pessoas na sociedade.

Essa mudança representa a superação da perspectiva estritamente clínica e a valorização dos parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovada em 2001, em complemento à Classificação Internacional de Doenças (CID).

A virada paradigmática foi consolidada com a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que adota explicitamente o modelo social de deficiência [2].

Apesar dessa evolução conceitual, observa-se a proliferação, nas três esferas de governo, de projetos de lei que propõem o reconhecimento automático da condição de deficiência para uma ampla gama de afecções, incluindo doenças mentais, gagueira, ceratocone, artrite reumatoide, lúpus, doenças inflamatórias intestinais, enfermidades raras e soropositividade retroviral, entre outras [3].

Entre os casos mais emblemáticos destacam-se a visão monocular e o TEA, ambos reconhecidos como deficiência por lei federal, além da fibromialgia, cuja condição tem sido oficialmente equiparada à deficiência em diversos estados e municípios brasileiros.

FIBROMIALGIA

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica de etiologia ainda não completamente esclarecida, caracterizada por aumento da sensibilidade à dor [4]. A confirmação diagnóstica objetiva é desafiadora, uma vez que não existem exames laboratoriais ou de imagem capazes de estabelecer o diagnóstico com segurança. Assim, sua identificação é essencialmente clínica e baseia-se na avaliação dos sintomas relatados pelo paciente, como dor crônica generalizada, fadiga, distúrbios do sono, alterações de humor e, em alguns casos, comprometimentos cognitivos [5].

Adicionalmente, os sinais físicos costumam ser discretos ou inexistentes, o que pode gerar dúvidas diagnósticas, atrasos no reconhecimento da condição e, em determinadas situações, subvalorização das queixas pelos próprios profissionais de saúde, especialmente em contextos periciais.

É importante destacar, contudo, que a fibromialgia se manifesta de forma heterogênea entre os indivíduos. Um exemplo amplamente conhecido é o da cantora Lady Gaga, que, em 2017, cancelou parte de sua turnê em razão das dores associadas à doença. Posteriormente, com acompanhamento terapêutico, estratégias de manejo da dor e adaptações no estilo de vida, a artista conseguiu retomar suas atividades profissionais. Atualmente, mantém uma carreira ativa, que inclui ensaios intensos e apresentações prolongadas, o que demonstra a possibilidade de

conviver com a condição mantendo níveis satisfatórios de produtividade e qualidade de vida [6].

Recentemente, a Lei nº 15.176/2025 [7] instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Fibromialgia, Síndrome Complexa de Dor Regional e outras afecções correlatas [8]. Diferentemente de alguns dispositivos normativos anteriores, de âmbito estadual ou municipal, que não estabeleciam distinções quanto à gravidade dos casos, essa norma federal determina a realização de avaliação biopsicossocial por equipe multiprofissional. Tal avaliação deve considerar os impedimentos físicos e funcionais, os fatores contextuais, as limitações de desempenho e as restrições de participação social, em consonância com os parâmetros estabelecidos pela Lei nº 13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência.

VISÃO MONOCULAR

No âmbito federal, a Lei nº 14.126/2021 tornou-se amplamente conhecida por classificar a visão monocular como deficiência sensorial [8]. Contudo, publicado na mesma data, o Decreto nº 10.654/2021 recebeu menor divulgação [9]. Esse decreto regulamenta a aplicação da lei e estabelece a necessidade de avaliação biopsicossocial para o reconhecimento da deficiência. Em outras palavras, a presença de visão monocular, por si só, não implica necessariamente o reconhecimento automático da condição de deficiência, apesar da interpretação frequentemente difundida no senso comum e em muitas análises administrativas de concessão de benefícios.

De modo geral, a perda de um dos olhos provoca impacto funcional relevante no período inicial de adaptação. Contudo, com o passar do tempo, essa condição tende a não impedir a realização das atividades cotidianas. Embora haja redução do campo visual e da percepção de profundidade, o olho saudável costuma compensar parcialmente essas limitações. Indivíduos com visão monocular frequentemente desenvolvem adaptações espontâneas, como maior movimentação da cabeça e utilização de pistas visuais indiretas (p.ex., sombras e tamanhos relativos) para estimar profundidade [10].

Esses mecanismos adaptativos possibilitam a manutenção de uma rotina praticamente normal, sem necessidade de tecnologias assistivas ou de recursos específicos de acessibilidade. Tais recursos são descritos no art. 2º da CDPD:

“Comunicação” abrange as línguas, a visualização de textos, o Braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis [11].

Nesse contexto, merece destaque a Ação Civil Pública nº 2009.51.01.026572-8, em tramitação na 8ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, proposta pelo Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência contra a União, o Estado e o Município do Rio de Janeiro. A ação buscava impedir a nomeação de indivíduos com visão monocular para cargos reservados a PcDs, sob o argumento de que tal enquadramento estaria em desacordo com os critérios previstos no Decreto nº 3.298/1999. Posteriormente, a Associação dos Deficientes Visuais do Estado do Rio de Janeiro requereu sua inclusão no processo como litisconsorte ativo [12].

No âmbito desse processo, é particularmente elucidativo o parecer técnico subscrito pelos oftalmologistas Dr. Newton Kara-José e Dra. Maria de Lourdes Veronese:

Baseando-se na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da OMS, um indivíduo que apresente cegueira em um olho e visão normal em outro, tem uma visão “funcional”, isto é, participa de atividades profissionais e sociais. Sua “incapacidade” é mínima, somente relacionada às atividades que exijam binocularidade como exemplo, trabalhar com máquina empilhadeira ou ser piloto de avião. Não há limitações na execução de atividades de vida diária e não há restrições na participação social [12].

Diante disso, o receio manifestado pelas instituições envolvidas era o de que a equiparação automática da visão monocular à deficiência pudesse comprometer o princípio da igualdade material. Esse princípio pressupõe o tratamento desigual dos desiguais na medida de suas desigualdades, com o objetivo de promover equidade de oportunidades. A ampliação indiscriminada desse enquadramento poderia conferir tratamento privilegiado

a indivíduos sem desvantagem funcional significativa, distorcendo a lógica das ações afirmativas e potencialmente agravando a exclusão de PcDs que efetivamente necessitam de tecnologias assistivas ou de adaptações ambientais para sua inclusão social e profissional [13].

No setor privado, os efeitos poderiam ser semelhantes. A chamada Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência (art. 93 da Lei nº 8.213/1991) estabelece que empresas com 100 ou mais empregados devem reservar entre 2% e 5% de suas vagas para pessoas com deficiência ou beneficiários reabilitados [14]. Nesse cenário, diante da escolha entre um candidato com deficiência visual severa e outro com visão monocular, é plausível que o empregador opte pelo segundo, tanto por razões operacionais quanto econômicas. Embora o indivíduo monocular seja classificado como tendo “cegueira” em um dos olhos, conforme a designação da CID-10 (H54.4), em geral não necessita de adaptações no ambiente de trabalho nem de recursos específicos de apoio.

A título de ilustração, pode-se mencionar o caso de um candidato a concurso público portador de ceratocone, uma doença oftalmológica que, isoladamente, não é reconhecida como deficiência, mas que pode ocasionar prejuízos relevantes às atividades e à participação social [15]. Esse candidato apresentava os seguintes parâmetros de acuidade visual:

- a) sem correção: 20/400 em ambos os olhos;
- b) com correção com óculos: 20/40 no olho direito (OD) e 20/50 no olho esquerdo (OE);
- c) com lentes esclerais: 20/60 (OD) e 20/80 (OE).

Sua rotina era marcada por irritação ocular e ressecamento frequente, exigindo uso constante de colírios lubrificantes. As aberrações corneanas, associadas à cirurgia refrativa prévia e ao próprio ceratocone, resultavam em visão turva, halos de distorção, fotofobia, dificuldade em ambientes com baixa luminosidade e redução do campo visual, dificultando a adaptação ao uso de óculos. Embora as lentes esclerais representassem uma alternativa menos insatisfatória, não podiam ser utilizadas por períodos prolongados, exigindo remoções frequentes ao longo do dia. Tratava-se, portanto, de condição significativamente disfuncional, incompatível com a “melhor correção óptica” prevista nos critérios legais.

Mesmo que a adaptação às lentes fosse satisfatória, sua capacidade visual permaneceria substancialmente comprometida, como demonstrado pelo cálculo de equivalência visual binocular (EVB), que atribui peso 3 ao olho com melhor acuidade e peso 1 ao olho com pior desempenho, conforme ilustrado nas Figuras 1 e 2:

No caso descrito, o candidato apresentava EVB aproximada de 40%, enquanto um indivíduo com visão monocular típica apresenta cerca de 75%. Paradoxalmente,

$$\text{EVB} = \frac{\{ 3 \times (\% \text{ EV do melhor olho}) + (\% \text{ EV do pior olho}) \}}{4}$$

EVB = 75% em indivíduo com visão monocular

Figura 1. Cálculo da EVB conforme Braga et al. [16].

EV: eficiência visual; EVB: EV binocular.

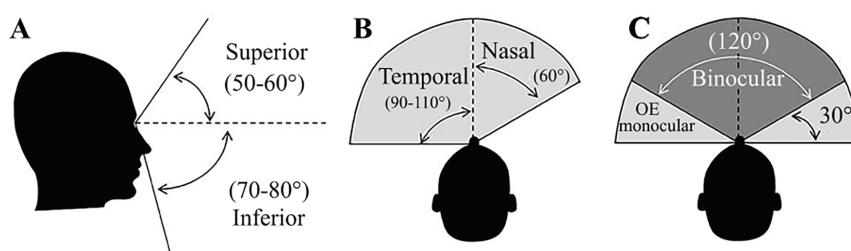


Figura 2. Campos visuais de acordo com Crossman & Neary [17]. A) campo visual vertical; B) campo visual horizontal monocular; C) campo visual binocular.

OE: olho esquerdo.

este último é reconhecido como PcD para fins de reserva de vagas em concursos públicos, ao passo que o primeiro não é considerado elegível para tal enquadramento, apesar de apresentar prejuízo visual global mais significativo.

Por fim, é relevante observar que a maioria dos mais de 100 mil brasileiros com visão monocular, frequentemente reconhecidos como PcDs, permanece apta a obter Carteira Nacional de Habilitação nas categorias A (motocicleta) e B (automóvel), podendo inclusive exercer atividades profissionais como taxistas. Em contraste, o candidato anteriormente descrito não atendia aos requisitos de acuidade visual exigidos para renovação de sua habilitação (Figura 3), estando inclusive afastado da condução de veículos por recomendação médica.

EXAME OFTALMOLÓGICO DO DETRAN

Categorias A (motocicleta) e B (automóvel)

Acuidade visual $\geq 20/40$
em cada olho
OU

Acuidade visual $\geq 20/30$
em um olho e pelo menos
visão de luz no outro olho

Figura 3. Requisitos de acuidade visual para CNH nas categorias A e B [18].

CNH: Carteira Nacional de Habilitação; DETRAN: Departamento Estadual de Trânsito.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Desde a descrição inicial realizada por Leo Kanner em 1943, voltada a crianças com graves dificuldades de comunicação e padrões comportamentais restritivos, o conceito de autismo passou por significativa ampliação. Com a incorporação de quadros como a síndrome de Asperger, caracterizada por linguagem preservada e inteligência média ou superior, e com a adoção do termo *espectro* no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição (DSM-5), publicada em 2013, o diagnóstico passou a abranger uma ampla diversidade de manifestações clínicas.

Nas últimas 3 décadas, observou-se um aumento expressivo no número de diagnósticos de TEA. Segundo Allen Frances, psiquiatra responsável pela coordenação da elaboração do DSM-IV, esse crescimento decorre principalmente de quatro fatores centrais [19]:

- maior vigilância e identificação por médicos, professores, familiares e pelos próprios pacientes;
- pressão social por maior acesso a serviços terapêuticos e educacionais;
- introdução do DSM-IV (1994), que ampliou o conceito de TEA ao incorporar o transtorno de Asperger, condição de limites imprecisos em relação a indivíduos socialmente excêntricos ou menos adaptados;
- redução da estigmatização associada ao diagnóstico. Nesse contexto, a internet favoreceu formas de comunicação mais confortáveis, ampliou o apoio interpessoal e estimulou o sentimento de pertencimento entre indivíduos com características semelhantes. Paralelamente, o transtorno passou a receber ampla cobertura midiática, e algumas personalidades passaram a se reconhecer na definição de Asperger, adotando-a publicamente. Em

determinados ambientes profissionais, especialmente em áreas como computação e tecnologia da informação, o diagnóstico passou inclusive a adquirir certa valorização simbólica.

De acordo com Frances, as classificações psiquiátricas, quando mal compreendidas, exercem forte influência sobre as estimativas de prevalência, que são altamente sensíveis a mudanças nos critérios diagnósticos. O próprio autor reconhece:

Como líder da força tarefa do DSM-IV, mereço a culpa por não ter antecipado a corrida do sobrediagnóstico do transtorno de Asperger. Teria sido útil prever a alteração nas taxas de diagnóstico e explicar suas causas. Deveríamos ter tomado medidas proativas para educar o público e a mídia acerca do que os rótulos significam, e ressaltado que a mudança não ocorreu nas crianças, e sim na forma como elas são diagnosticadas. É muito mais fácil alavancar um modismo do que acabar com ele [19].

Em outras palavras, o aumento dos diagnósticos reflete, em grande medida, a ampliação do acesso às avaliações clínicas, a redefinição dos critérios diagnósticos e a emergência de uma nova percepção do TEA como identidade. Pessoas com TEA, especialmente aquelas classificadas como de alto funcionamento, têm buscado reconhecimento, inclusão e direitos, impulsionando um ativismo que valoriza a neurodiversidade e frequentemente questiona abordagens exclusivamente médicas do fenômeno [20].

A classificação dos transtornos mentais tornou-se ainda mais flexível com a publicação do DSM-5 em 2013 [21]. Embora o manual tenha sido amplamente celebrado fora do meio acadêmico, recebeu críticas consistentes de especialistas, sobretudo em razão da crescente medicalização de comportamentos cotidianos e da chamada “inflação diagnóstica”, isto é, da tendência à patologização de variações normais da experiência humana. Também foram apontadas críticas relacionadas à transparência do processo de elaboração do manual [22,23].

Nesse contexto, considerando que o TEA constitui um espectro com repercussões funcionais heterogêneas, a caracterização automática do transtorno como deficiência

requer análise cuidadosa. Particular atenção deve ser dedicada aos diagnósticos realizados apenas na vida adulta. Em muitos desses casos, os indivíduos desenvolveram estratégias adaptativas ao longo do tempo, construindo trajetórias pessoais e profissionais diversas e, não raramente, bem-sucedidas. Essa constatação não exclui a possibilidade de sofrimento psíquico, subnotificação ou invisibilidade histórica, mas indica que tais situações nem sempre se enquadram nos modelos tradicionais de deficiência.

Essa preocupação também se reflete em debates jurídicos recentes. Tramita na Justiça Federal processo destinado a definir se o diagnóstico de TEA dispensa a realização de avaliação biopsicossocial para caracterização da condição de PcD no contexto do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). A respeito desse julgamento, a Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência publicou nota de esclarecimento, da qual se destacam os seguintes pontos:

Embora a dispensa da avaliação biopsicossocial possa ser interpretada por alguns como um avanço na garantia de direitos às pessoas autistas, essa medida, na realidade, implica um retrocesso no processo de implementação do modelo social de deficiência, ao reforçar o modelo médico de deficiência. Esse modelo se baseia exclusivamente em diagnósticos clínicos, sem considerar as barreiras sociais, ambientais e individuais que afetam a participação da pessoa na sociedade. Tal perspectiva contraria os princípios estabelecidos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), tratado internacional adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificado pelo Brasil com valor de emenda constitucional.

Além disso, admitir que apenas o diagnóstico seja suficiente para caracterizar a deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação continuada (BPC) abrirá um precedente para que outros diagnósticos eventualmente reconhecidos pela legislação tenham o mesmo tratamento. Atualmente, tramitam na Câmara dos Deputados cerca de 60 projetos de lei que propõem o reconhecimento de diferentes diagnósticos como deficiência, entre

eles fibromialgia, doença renal crônica, alopecia areata, diabetes mellitus, neurofibromatose, fissura palatina, lúpus sistêmico, anemia falciforme, síndrome de Tourette, ceratocone, doença de Crohn e outras doenças. Efetivamente, se o entendimento da Turma Nacional de Uniformização (TNU) se firmar no sentido da dispensa da avaliação biopsicossocial para o TEA, poderá incentivar a ampliação, para diversas outras condições de saúde, desse raciocínio que desconsidera a análise, impositiva no modelo social de deficiência, das reais barreiras que impactam a participação social dessas pessoas.

Portanto, a decisão da TNU sobre o Tema 376 terá implicações que vão além do acesso ao BPC. Seu desdobramento poderá afetar toda a concepção da deficiência no Brasil, influenciando futuras interpretações jurídicas e legislativas. Além disso, poderá comprometer a adoção do modelo biopsicossocial, que é a base normativa internacional e nacional para a proteção e inclusão das pessoas com deficiência [3].

Em diversos países (p.ex., Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Chile, Argentina e Espanha) o diagnóstico de TEA não assegura automaticamente o acesso a benefícios sociais. Nesses sistemas, exige-se avaliação criteriosa dos impactos funcionais do transtorno na vida do indivíduo [24].

Por fim, Judy Singer, responsável pela introdução do conceito de neurodiversidade, passou a criticar a deturpação de sua proposta original. Segundo a autora, suas reflexões iniciais referiam-se principalmente a indivíduos com TEA de alto funcionamento ou síndrome de Asperger, cuja realidade não pode ser equiparada à de pessoas com TEA clássico. A inclusão indiscriminada de todos os casos em um único grupo dificultaria o reconhecimento das diferentes necessidades existentes entre os indivíduos, independentemente de se identificarem ou não como PcDs.

A própria Singer passou a afirmar que o conceito de neurodiversidade foi progressivamente transformado em uma ideologia de caráter excessivamente otimista, por ela comparada a uma visão “Pollyanna/Pangloss”. Em contraposição, propôs o conceito de neurorrealismo, que enfatiza a necessidade de reconhecer de forma concreta

as limitações cognitivas e neurológicas presentes em determinados quadros clínicos [25,26].

CONCLUSÕES

A concepção de deficiência encontra-se atualmente em processo de transição, deslocando-se de uma perspectiva estritamente patológica para uma abordagem mais ampla, de natureza biopsicossocial. Essa transformação está alinhada ao modelo internacional de deficiência adotado pelo Brasil e consagrado em tratados internacionais.

Nesse contexto, suscita preocupação o surgimento de dispositivos legais que definem a condição de PcD exclusivamente com base em diagnósticos médicos, desconsiderando os múltiplos fatores que influenciam a funcionalidade e a participação social.

É possível que tais iniciativas legislativas tenham origem em movimentos sociais bem-intencionados. Contudo, podem refletir demandas setoriais que nem sempre correspondem ao interesse coletivo. Como observa Yuval Harari, historiador, filósofo e escritor de *best sellers*:

Mesmo que você pertença a um grupo desfavorecido, e tenha em primeira mão uma compreensão de seus pontos de vista, isso não significa que você compreende o ponto de vista de todos os outros grupos semelhantes. Pois cada grupo e subgrupo estão diante de diferentes emaranhados de fragilidades, tratamentos desiguais, insultos codificados e discriminação institucional.

Todas as tribos humanas existentes estão empenhadas em fazer avançar seus interesses particulares e não compreender a verdade global [27].

Esse tipo de abordagem, potencialmente reducionista, pode ampliar desigualdades entre diferentes grupos de PcDs, comprometendo a inclusão social e dificultando a distribuição equitativa de direitos e benefícios.

Tal cenário evidencia a necessidade de harmonização normativa, especialmente diante da permanente limitação de recursos públicos. Embora as demandas de determinados grupos sociais sejam legítimas, cabe ao Estado estabelecer critérios prudentes e razoáveis para a definição de

prioridades, direcionando os recursos para indivíduos que enfrentam maiores barreiras à participação social.

Nesse sentido, encontra-se em desenvolvimento o Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado, proposto pelo Governo Federal como ferramenta unificada para avaliação da deficiência. O instrumento incorpora os princípios da CIF e promove uma abordagem integrada que considera dimensões biológicas, psicológicas e sociais [28,29].

Diante desse panorama, torna-se oportuno que instituições científico-profissionais se posicionem criticamente em relação à caracterização da deficiência baseada exclusivamente em critérios nosográficos, abordagem já considerada superada à luz dos princípios da CIF, amplamente difundidos pela OMS.

Essa visão equivocada não reflete necessariamente o melhor para a coletividade, mas, sim, interesses segmentares respaldados por legisladores, talvez mais preocupados em não desagradar bases eleitorais.

Esse debate, frequentemente rotulado como politicamente sensível, precisa ser conduzido de forma transparente e responsável, conciliando o ideal de equidade com o dever estatal de prestação de contas (*public accountability*), de modo a assegurar a alocação mais eficiente possível de recursos reconhecidamente escassos [30].

Contribuição dos autores

GA foi responsável pela concepção do estudo, metodologia, investigação, redação – esboço original e redação – revisão & edição, sendo o único autor do trabalho e assumindo responsabilidade pública por todos os aspectos do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999 dez 21; Seção 1:10.
2. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 2015 jul 7;152(127 Seção 1):2.
3. Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência (AMPID). Nota sobre o tema 376 da Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Especiais Federais (TNU) 2025 [Internet]. 2025 [acesso 26 Mai 2025]. Disponível: https://ampid.org.br/site2020/wp-content/uploads/2025/03/nota-sobre-o-tema-376_turma-nacional-de-uniformizacao-dos-juizados-especiais-federais.pdf
4. Goldenberg DL. Fibromyalgia: Clinical manifestations and diagnosis in adults [Internet]. In: Connor RF, editor. UpToDate [database]. Waltham (MA): Wolters Kluwer; 2025 [acesso 26 Mai 2025]. Disponível: <https://www.uptodate.com/contents/fibromyalgia-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-adults>
5. Papadakis MA, McQuaid KR, Rabow MC. Current Medical Diagnosis & Treatment. 54 ed. New York: McGraw-Hill Education; 2025. p. 855-6.
6. Kamiński M, Hrycaj P. Celebrities influence on rheumatic diseases interest: A Google Trends analysis. Rheumatol Int. 2024;44(3):517-21. <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05361-y>
7. Brasil. Lei nº 15.176, de 23 de julho de 2025. Diário Oficial da União. 2025 jul 24; p.1.
8. Brasil. Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021. Classifica a visão monocular como deficiência sensorial, do tipo visual. Diário Oficial da União. 2021 mar 23.
9. Brasil. Decreto nº 10.654, de 22 de março de 2021. Diário Oficial da União. 2021 mar 23.
10. Silva MRD, Nobre MIRS, Carvalho KMD, Montilha RDCI. Visual impairment, rehabilitation and international classification of functioning, disability and health. Rev Bras Oftalmol. 2014;73(5):291-301. <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20140063>
11. Brasil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União. 2009;146(163):3-9.
12. Freitas LCDSR. Visão monocular não é deficiência [Internet]. São Paulo: Consultor Jurídico; 2010 [acesso 2026 mar 9]. Disponível: <https://www.conjur.com.br/2010-abr-10/visao-monocular-nao-deficiencia>
13. Souza RC, Nogueira JNT, Dourado ACA, Medeiros Félix G, Silva Martins VH. Visão monocular: avaliação da pessoa com deficiência em benefícios assistenciais judicializados. Cad Pedagog. 2024;21(3):e3198. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n3-091>
14. Matos HDNF, Raiol RWG. Pessoas com deficiência e seu direito à inclusão no mercado de trabalho. Rev Eletron Curso Direito UFSM. 2018;13(3):927-47. <https://doi.org/10.5902/1981369431468>
15. Dudeja L, Chauhan T, Vohra S. Sequence of events leading to diagnosis of keratoconus and its impact on quality of life. Indian J Ophthalmol. 2021;69(12):3478-81. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_399_21
16. Braga BE, Santos IC, Rodrigues Filho S, Nakano SMS. Perícia médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás; 2012. p. 325-6.
17. Crossman AR, Neary D. Neuroanatomy: an illustrated colour text. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014. p. 155-9.

18. Brasil, Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN). Resolução nº 927, de 28 de novembro de 2022. Diário Oficial da União. 2022 nov 29; Seção 1:226. Anexo II.
19. Frances A. Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. São Paulo: Versal Editores; 2017.
20. Bialer M, Voltolini R. Autismo: história de um quadro e o quadro de uma história. *Psicol Estud.* 2022;27:e45865. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.45865>
21. Bezerra B Jr. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Zorzanelli R, Bezerra B Jr, Costa JF, orgs. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2014. p. 9-31.
22. Lieberman J, Ogas O. Psiquiatria: uma história não contada. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2016. p. 264-8.
23. Pondé MP. A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2018;21(1):145-66. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10>
24. Bernardes LCG. Autismo e deficiência: a avaliação biopsicossocial é necessária? [Internet]. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2025 [acesso 26 Mai 2025]. Disponível: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17084>
25. Lage A. Movimento diz que autismo não é doença. *Folha Online.* 2006;27(07):27-42.
26. Lutz A. An interview with neurodiversity originator Judy Singer [Internet]. *Psychol Today.* 2023 [acesso 5 Mai 2025]. Disponível: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/wordless/202305/an-interview-with-neurodiversity-originator-judy-singer>
27. Harari YN. 21 lições para o século 21. São Paulo: Companhia das Letras; 2018. p. 278-86.
28. Nunes LCA, Leite LP, Amaral GFD. Análise do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) e suas implicações sociais. *Rev Bras Educ Espec.* 2022;28:e0161. <https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0161>
29. Coelho ACF, Petersen RDS, Köptche LS, Morais IA, Augusto NNO, Cardoso HE, et al. Produto técnico 03: manual de aplicação do instrumento de funcionalidade brasileiro - IFBrM. Brasília: Fiocruz Brasília; 2024.
30. Nunes R. Ensaio em bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2017. p. 105-30.

Endereço para correspondência: Gustavo de Almeida - Praça dos Três Poderes, Senado Federal, Bloco 17, Serviço de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional - CEP: 70165-900 - Brasília (DF), Brasil - E-mail: dgustavoalmeida1976@gmail.com

