



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

**MANUAL DE CARACTERIZAÇÃO DAS
PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS**

1ª Edição

Juazeiro do Norte - CE

2021

Elaboração:

Dra. Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela
Auditora-Fiscal do Trabalho

Edição, colaboração técnica e atualizações

Dr. Miguel Marx

Médico Perito Federal do SIASS
Chefe do Núcleo de Perícias e Segurança do Trabalho da UFCA

Dr. Víctor Marcel Gonçalves Oliveira

Médico Perito Federal do SIASS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

INTRODUÇÃO

Considerando que o Brasil é signatário da Convenção da ONU sobre os direitos das Pessoas com Deficiência desde 2009, a avaliação da deficiência está sendo adaptada de seu modelo muito voltado para critérios médicos, que prevalecia nos Decretos 3.298/99 e 5296/2004, para um modelo biopsicossocial, em que a pessoa deve ser avaliada no contexto em que vive, de modo a compreender-se até que ponto o impedimento corporal se torna deficiência por limitar suas atividades e participação na sociedade em função das barreiras existentes e da falta de apoios. A deficiência é um reflexo da sociedade e do ambiente, não uma alteração no corpo.

Estamos em uma fase de transição entre os critérios antigos e os que serão adotados após a regulamentação do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro IF-Br para a Lei de Cotas.

Segundo a Lei 13.146/2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI):

Art 2º: § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

Hoje, prioriza-se a avaliação de funcionalidade, com avaliação das atividades e das barreiras, seguindo os conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). No entanto, ainda são necessários alguns balizadores objetivos presentes nos Decretos, até que se tenha o instrumento específico.

Portanto, são descritos aqui os critérios de transição, utilizados atualmente.

O método de avaliação da deficiência será alterado quando houver regulamentação do instrumento previsto no § 2º do artigo 2º da Lei 13.146/2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI).



ENQUADRAMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E REABILITADAS

Critérios técnicos para o laudo

1. Deficiência física:

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física.

I. Alterações da força

Monoplegia (*Mono*- única, *-plegia* paralisia) é um termo das ciências da saúde para a paralisia de um único braço (monoplegia de membro superior) ou perna (monoplegia de membro inferior). **Monoparesia**² é a redução da força de um só membro.

Hemiplegia (*Hemi*- metade, *-plegia* paralisia) é a paralisia de metade sagital (esquerda ou direita) do corpo. É mais grave que **hemiparesia** que se refere apenas a dificuldade de movimentar metade do corpo.

A **tetraplegia** ou **quadriplegia** é quando uma paralisia afeta todas as quatro extremidades, superiores e inferiores, juntamente à musculatura do tronco. A **tetraparesia** é uma redução da força nos quatro membros, pode se dar em graus variáveis.

A **paraplegia** traduz-se na perda de controle e sensibilidade dos membros inferiores, impossibilitando o andar e dificultando permanecer sentado. A **paraparesia** é a redução de força nos membros inferiores, também podendo ocorrer em graus variados.

Na **triplegia**, a interpretação é a mesma só que afetando três membros.

Em todas as situações, o médico deverá descrever qual o grau de redução de força e as limitações advindas da redução, como o prejuízo que existe para a marcha e para a amplitude de movimentos, se for o caso.

Em todas as situações, deve ser descrito qual o grau de redução de força e as limitações advindas da redução, como o prejuízo que existe para a marcha e para a amplitude de movimentos, se for o caso.

² O termo paresia é utilizado quando o movimento está apenas limitado ou fraco.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

Graus de Desempenho ou Força Muscular, conforme Literatura técnica

- Grau 0 – ausência de contração muscular
- Grau 1 – presença de contração muscular, sem movimento
- Grau 2 – movimentos com eliminação da força da gravidade
- Grau 3 – movimento vence a força da gravidade
- Grau 4 – movimento contra a força da gravidade e alguma resistência
- Grau 5 – normal

Na avaliação de redução da força ou da capacidade funcional é utilizada a classificação da carta de desempenho muscular da The National Foundation for Infantile Paralysis, adotada pelas Sociedades Internacionais de Ortopedia e Traumatologia, e a seguir transcrita:

Desempenho muscular

- Grau 5 - Normal - cem por cento - Amplitude completa de movimento contra a gravidade e contra grande resistência.
- Grau 4 - Bom - setenta e cinco por cento - Amplitude completa de movimento contra a gravidade e contra alguma resistência.
- Grau 3 - Sofrível - cinquenta por cento - Amplitude completa de movimento contra a gravidade sem opor resistência.
- Grau 2 - Pobre - vinte e cinco por cento - Amplitude completa de movimento quando eliminada a gravidade.
- Grau 1 - Traços - dez por cento - Evidência de leve contração. Nenhum movimento articular.
- Grau 0 (zero) - zero por cento - Nenhuma evidência de contração.
- Grau E ou EG - zero por cento - Espasmo ou espasmo grave.
- Grau C ou CG - Contratura ou contratura grave.

Do Grau 3 para pior, tem-se significativa alteração da funcionalidade de membros superiores ou inferiores, o que permite o enquadramento. Para o Grau 4, há que se avaliar outras alterações associadas, não basta a redução de força para enquadramento.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

II. Alterações Articulares

Para facilitar o enquadramento, o perito pode-se utilizar os critérios referidos para redução funcional, conforme quadro abaixo.

Alterações articulares

Situações:

- a) redução em grau médio ou superior dos movimentos da mandíbula;
- b) redução em grau máximo dos movimentos do segmento cervical da coluna vertebral;
- c) redução em grau máximo dos movimentos do segmento lombo-sacro da coluna vertebral;
- d) redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações do ombro ou do cotovelo;
- e) redução em grau médio ou superior dos movimentos de pronação e/ou de supinação do antebraço;
- f) redução em grau máximo dos movimentos do primeiro e/ou do segundo quirodáctilo, desde que atingidas as articulações metacarpo-falangeana e falange-falangeana;
- g) redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações coxo-femural e/ou joelho, e/ou tíbio-társica.

NOTA 1 - Os graus de redução de movimentos articulares referidos neste quadro são avaliados de acordo com os seguintes critérios:

- Grau máximo: redução acima de dois terços da amplitude normal do movimento da articulação;
- Grau médio: redução de mais de um terço e até dois terços da amplitude normal do movimento da articulação;
- Grau mínimo: redução de até um terço da amplitude normal do movimento da articulação.

NOTA 2 - A redução de movimentos do cotovelo, de pronação e supinação do antebraço, punho, joelho e tíbio-társica, secundária a uma fratura de osso longo do membro, consolidada em posição viciosa e com desvio de eixo, também é enquadrada dentro dos limites estabelecidos.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

III. Ostomias

As **ostomias** definitivas são consideradas deficiências pelo Decreto 3298/99.

Ostomias são aberturas no corpo, produzidas artificialmente pelo cirurgião, para garantir o trânsito de alimento, excretas ou ar quando ocorre obstrução.

Conforme a localização no corpo, apresentam nomes diferentes: traqueostomia (respiração), colostomia, ileostomia (intestinos), urostomia (urina).

IV. Nanismo

Nanismo é o estado de um indivíduo caracterizado por uma estatura muito pequena, decorrente de uma deficiência do crescimento provocada por insuficiência endócrina ou má alimentação. São mais de 80 tipos e 200 subtipos de nanismo. Há nanismos com desproporção entre tronco e membros, como o acondroplásico e diversos outros como o que ocorre por desnutrição, em que a proporção dos segmentos corporais é preservada. No caso de nanismo proporcional, a referência é apenas a baixa estatura.

Como não há estudos epidemiológicos no nosso país, utiliza-se um referencial da literatura estrangeira, inclusive do Congresso Mundial de Nanismo ocorrido em Portugal em 2013: **140-145cm**.

No Brasil, a principal referência é o “Tratado de Pediatria Nelson”, endossado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, que estabelece que a altura dos homens que têm nanismo não ultrapassa 1,45metro e a das mulheres é menor que 1,40 metro”.

O CONTRAN (Conselho Nacional de Trânsito) utiliza um referencial de que homens abaixo de 145 cm e mulheres abaixo de 140 cm precisam de adaptações nos veículos. Sendo assim, essa faixa de estatura ou inferior é considerada como deficiência.

V. Paralisia Cerebral

A **paralisia cerebral** pode ocasionar variadas sequelas, desde paresias (redução da força) bem leve até paralisias espásticas em que a pessoa quase não movimentava os membros, necessita cadeira de rodas etc. Para esse enquadramento, é indispensável a descrição detalhada das alterações anatômicas, reduções de força de cada segmento afetado, se há alterações na amplitude de movimentos e em que grau, se há alteração no trofismo (hipotrofia muscular), assim como para as paralisias decorrentes de sequelas de poliomielite e outras doenças. A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

avaliação de força e alterações de movimentos devem seguir as orientações já apresentadas no início deste texto.

Pode haver alteração cognitiva associada, em menor proporção, mas que configura uma deficiência múltipla.

VI. Amputações, ausência ou deformidade de membros

Considera-se sempre, como ponto fundamental, a existência de limitação funcional. Para que se tenha parâmetros objetivos para **amputações ou ausências ou deformidade de membros**, utilizam-se os seguintes critérios, os quais devem evidenciados nos laudos.

Membros superiores

- perda de segmento ao nível ao acima do carpo (punho)³
- perda de segmento do primeiro quirodáctilo (polegar da mão), desde que atingida a falange proximal⁴
- perda de segmento do segundo quirodáctilo (dedo indicador), desde que atingida a falange proximal
- perda de segmentos de dois quirodáctilos (dois dedos), desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles
- perda de segmento de três ou mais falanges de três ou mais quirodáctilos

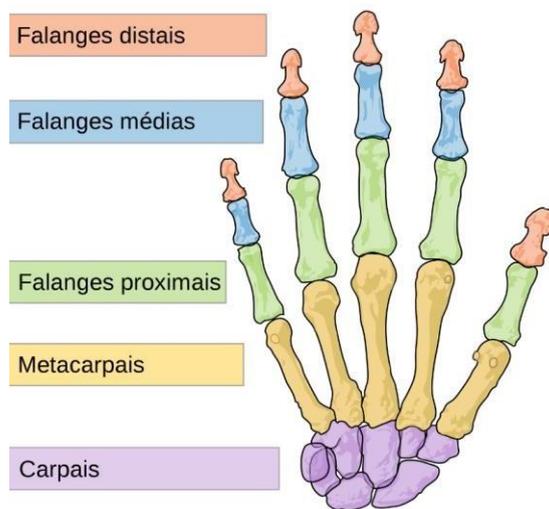
³ Para membros com deformidade, considera-se que a alteração da função deve atingir os níveis informados. Se a parte está presente, mas não é funcional, considera-se como se estivesse ausente

⁴ Falanges são os segmentos ósseos que formam os dedos, a proximal é a mais próxima do corpo e a distal a extremidade do dedo (vide figura abaixo).

QUIRODáctilos são dedos da mão e PODOdáctilos são os dedos dos pés. O primeiro dedo é sempre o polegar ou o hálux (dedão do pé) e a contagem é feita a partir deles.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

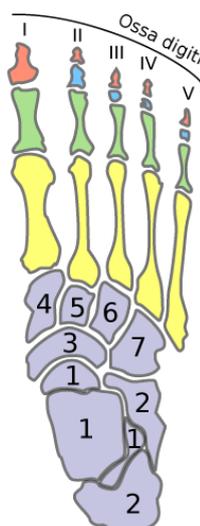


Membros inferiores:

- perda de segmento ao nível ou acima do tarso (tornozelo);
- perda de segmento do primeiro pododáctilo (hálux- dedo maior), desde que atingida a falange proximal;
- perda de segmento de dois pododáctilos, desde que atingida a falange proximal em ambos;
- perda de segmento de três ou mais falanges de três ou mais pododáctilos.



1. Tálus
2. Calcâneo
3. Navicular
4. Cuneiforme I
5. Cuneiforme II
6. Cuneiforme III
7. Cubóide





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

VII. Outras alterações de segmentos corporais

Outras situações podem gerar limitações funcionais importantes, também podendo ser consideradas deficiências físicas, principalmente em razão da Convenção da ONU sobre os direitos das Pessoas com Deficiência, tais como:

- Alterações articulares ou da coluna vertebral importantes e que limitam amplitude de movimentos e são sequelas definitivas (ver quadro no início deste texto);
- Encurtamentos de membros inferiores que alteram a marcha comunitária;
- Alterações permanentes do aparelho fonatório (da fala) com importante prejuízo na comunicação, como aquelas advindas das fendas palatinas graus III e IV, extração de pregas vocais;
- A gagueira grave, as dislalias e outros transtornos que prejudicam a comunicação do dia a dia também podem ser considerados como deficiência. Nestes casos, solicita-se, adicionalmente, um laudo fonoaudiológico que descreva a gravidade e as limitações para a comunicação. O código da CID para esses transtornos é da categoria F, transtornos mentais. Pode-se enquadrar na deficiência mental ou na física, por falta de categoria mais adequada, durante o período de transição, até o desenvolvimento do IF-Br.

VIII. Deformidades estéticas

Pelo Decreto 3298/99, as alterações estéticas eram excluídas da cota. No entanto, se a avaliação é feita conforme a visão biopsicossocial da Convenção da ONU, não é possível excluir as pessoas que são estigmatizadas por alguma deformidade, já que a barreira atitudinal ainda é uma das mais significativas no país. Sendo assim, pessoas que são excluídas do trabalho e da vida social por algum estigma estético, fazem jus à ação afirmativa das cotas. Situações de lesões com deformidade de face, crânio, perda de partes da mandíbula, queimaduras graves, tumorações em face, escarpelamentos como os que ocorrem nas correias de motores de barco na região amazônica, por exemplo, podem ser enquadradas.



2. Deficiência Auditiva

É a **perda bilateral da audição**, 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.

Para compreensão desse critério é necessário saber como o ouvido humano funciona.



Conforme Marco Aurélio da Silva⁵:

*“As ondas sonoras, após atingir a orelha, são encaminhadas para o interior do canal auditivo, local onde está localizada uma fina membrana que é chamada de tímpano. O tímpano é muito delicado e sensível, de modo que pequenas variações de pressão são capazes de colocá-lo em estado de vibração. Essas vibrações são transmitidas a um conjunto de três pequenos ossos denominados de **martelo**, **bigorna** e **estribo**. As vibrações passam primeiro pelo martelo, que ao entrar em vibração aciona a bigorna e este finalmente faz o estribo vibrar. Durante esse processo as vibrações são ampliadas de forma que o ouvido passa a ter capacidade de perceber sons de intensidades muito baixas.*

Após serem ampliadas, as vibrações alcançam o ouvido interno, o qual possui forma de um caracol. Dentro dessa pequena estrutura existem pequenos pelos e um líquido que facilita a propagação do som. Após passar por essa estrutura, as ondas sonoras estimulam células nervosas que enviam, através de um nervo auditivo, os sinais ao cérebro humano. Já no cérebro esses sinais

⁵ SANTOS, Marco Aurélio da Silva. "A audição humana"; *Brasil Escola*. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/fisica/a-audicao-humana.htm>>. Acesso em 05 de setembro de 2018.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

sofrem inúmeras modificações, que no final faz com que o ser humano tenha a percepção do som.”

Audiometria é o exame realizado por um fonoaudiólogo ou médico, que busca determinar o grau de perda auditiva de alguém. Os exames audiométricos se dividem em audiometria tonal e audiometria vocal (vide quadro abaixo).

Audiometria tonal

Avalia as respostas do paciente a tons puros, emitidos em diversas frequências, detectando assim o grau e o tipo de perda auditiva. É considerado um teste subjetivo porque depende da resposta do examinando aos estímulos auditivos fornecidos pelo examinador. Pode ser feito por via aérea comum, que vai demonstrar a captação da onda sonora do ouvido externo e sua passagem pelo tímpano e ossinhos do ouvido médio (Nos gráficos de audiogramas as marcações aparecem como "O" e "X") ou por via óssea, que mostra a captação do som pela cóclea, parte neurosensorial do ouvido (as marcações aparecem como "<" e ">").

O paciente é colocado em cabine acústica que o isola dos sons ambientais e usa um fone de ouvido acoplado a um pequeno microfone, através do qual ouvirá certos sons emitidos pelo examinador e deverá responder a eles mediante sinais gestuais previamente combinados (levantar uma das mãos, por exemplo). Nos exames de audiometria tonal, por via óssea, um vibrador é colocado sobre osso mastoide do examinando, que acusa as percepções das vibrações do mesmo.

A escala de medida da audição é feita em decibéis e o teste normalmente varia entre zero e 120 decibéis, sendo que a audição normal ocorre até um mínimo de 25 decibéis.

Audiometria vocal

Avalia a capacidade de percepção e compreensão da voz humana. Em uma parte do exame, o paciente deverá repetir palavras emitidas pelo examinador.

As avaliações são feitas sem a correção, quando a pessoa utiliza o aparelho de amplificação sonora.

Há Parecer Conselho Federal de Fonoaudiologia – CS nº 31, de 1º de março de 2008 que conclui pela adequação técnica de se considerar pessoa com deficiência auditiva, o indivíduo que possua perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, na média das frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz. A média aritmética simples é a soma dos resultados das quatro frequências e divisão por quatro, que deve ser feita em cada ouvido separadamente, atingindo o limiar exigido em cada ouvido.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

Em casos limítrofes, a discriminação vocal pode auxiliar na constatação da limitação da compreensão. Quando uma ou outra frequência não atinge o limiar de 41 dB, mas há prejuízo na comunicação, pode-se verificar a possibilidade de enquadramento por uma audiometria mais completa (vocal), com avaliação do IRF (Índice de Reconhecimento da Fala), que avalia a maneira pela qual o indivíduo reconhece os sons da fala e SRT (Limiar de Recepção da Fala), definido como a menor intensidade na qual o indivíduo consegue identificar 50% das palavras que lhe são apresentadas.

O periciando deverá sempre anexar o Audiograma, sem o qual não há como o perito fazer a análise.

Em casos de exames com mais de uma página, o nome do paciente deverá constar em todas as folhas.

3. Deficiência Visual

Considera-se deficiência visual:

- a)** cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b)** baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c)** somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- d)** ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores

O termo cegueira não é absoluto, pois reúne indivíduos com vários graus de visão residual. Ela não significa, necessariamente, total incapacidade para ver, mas, isso sim, prejuízo dessa aptidão a níveis incapacitantes para o exercício de tarefas rotineiras. Indivíduos apenas capazes de CONTAR DEDOS a curta distância e os que só PERCEBEM VULTOS, também apresentam cegueira legal.

Mais próximos da cegueira total, estão os indivíduos que só têm PERCEPÇÃO e PROJEÇÃO LUMINOSAS. No primeiro caso, há apenas a distinção entre claro e escuro; no segundo (projeção) o indivíduo é capaz de identificar também a direção de onde provém a luz.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

A cegueira total ou simplesmente AMAUROSE, pressupõe completa perda de visão. A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente. No jargão oftalmológico, usa-se a expressão 'visão zero'.⁶

Portanto, para ter deficiência visual, a pessoa deve ter acuidade visual com correção de 20/60 ou pior nos dois olhos.

Quanto ao campo visual, que é a área de visão lateral, superior e inferior que se pode enxergar ao olhar em frente, a referência legal é de que seja menor ou igual a 60°. Não é um percentual, mas uma medida de ângulos de visão.

Sendo assim, mais um exame complementar é requerido, denominado Campimetria, assim como o laudo do oftalmologista declarando qual é o somatório do campo visual em graus, já que é um exame de difícil interpretação por outros profissionais.

O periciando deve anexar laudo oftalmológico, utilizar tabela Snellen para avaliar acuidade visual, que é esta representação 20/..., obtida pela leitura de letras em escala ou o laudo com a campimetria em graus, se for o caso.

I. Visão Monocular

Agora em 2021, a Lei 14.126/2021 formalmente é considerado deficiente visual. Antes disso empregava-se a Súmula 377 do STJ e parecer CONJUR 444/11, ratificado pela Coordenação-Geral de Análise Preventiva e Sistematização do Departamento de Coordenação e Orientação de Órgãos Jurídicos da Consultoria-Geral da União da Advocacia-Geral da União, por meio do DESPACHO Nº 013/2013/MAC/CGAPS/DECOR/CGU/AGU, a visão monocular está sendo considerada para fins de cumprimento da cota, mesmo com parecer contrário do CONADE.

Ocorre quando há cegueira, na qual a acuidade visual com melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400), visão de vultos, conta-dedos em um olho, ou cegueira legal declarada pelo oftalmologista, ou uso de prótese, ou olho enucleado ou *Phthisis bulbi*.

Há casos de acuidade 20/200 ou melhor, mas que, pela existência de comorbidades, como estrabismo (desvio do eixo de um dos olhos), o olho não é funcional, caso o oftalmologista informe visão monocular explicitamente no laudo, pode-se aceitar.

⁶ Adaptado de Antônio João Menescal Conde - Professor do Instituto Benjamin Constant



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

4. Deficiência intelectual

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com limitações associadas a **duas ou mais** habilidades adaptativas, tais como:

- a) Comunicação;
- b) Cuidado pessoal;
- c) Habilidades sociais;
- d) Utilização de recursos da comunidade;
- e) Saúde e segurança;
- f) Habilidades acadêmicas;
- g) Lazer;
- h) Trabalho.

São aquelas pessoas com diagnósticos de “retardo mental” pela Classificação Internacional de Doenças (CID). Também as síndromes como a Síndrome de Down e outras que cursam com rebaixamento intelectual podem entrar neste enquadramento.

Tais limitações acima devem ser descritas no laudo pelo especialista.

I. Deficiência Mental (Psicossocial)

Conforme Convenção ONU, que faz a separação entre deficiência Mental e Intelectual e trata das deficiências “Psicossociais”, caso o perito esteja completamente convencido através de avaliação neuropsicológica e psiquiátrica, de haver grave e permanente transtorno nas relações sociais é até possível o enquadramento situações como a Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, excluindo aqueles de curta e média duração, como o Transtorno Psicótico Breve.

Um conceito do DSM pode ser útil para avaliar quais os casos entram aqui, já que não há clareza na legislação: Deve existir disfunção social/ocupacional por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação. Uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início do transtorno. E deve ser incurável, dentro dos conhecimentos atuais, mesmo que haja controle dos sintomas.

Observar que certas doenças mentais, como depressão, ansiedades, síndrome do pânico e afins podem até trazer limitações, mas são curáveis a partir dos conhecimentos de saúde.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

O psiquiatra deverá expor no laudo se há outras doenças associadas (comorbidades) e data de início de manifestação da doença.

Também discriminar as habilidades adaptativas afetadas, como para deficiência intelectual.

II. Síndromes Epilépticas

Englobadas no código CID G40.0 temos a epilepsia em suas diversas apresentações. Um percentual significativo, conhecido como Epilepsia Refratária, não pode ser controlada mesmo com uso massivo de medicamentos e cirurgias neurológicas. Casos desse tipo cursam com rebaixamento cognitivo, limitações significativas de funcionalidade, efeitos colaterais importantes dos medicamentos, assim como ocorre nos transtornos psicóticos graves. Também o estigma social é importante. Está sendo desenvolvido um questionário de avaliação da funcionalidade na tentativa de incluir tais casos. Por enquanto, desde que o perito esteja completamente convencido através do instrumento da avaliação neuropsicológica e de detalhamento da condição pelo psiquiatra da presença de rebaixamento cognitivo, comorbidades com alterações motoras no laudo, é possível realizar o enquadramento como deficiência mental, física ou até múltipla. Importante reforçar que não há enquadramento pelo simples diagnóstico. Necessário avaliar se há comorbidades enquadráveis nos demais itens até que se tenha uma completa avaliação neuropsicológica.

III. Déficits cognitivos originados após 18 anos

A deficiência intelectual traz como critério o início do rebaixamento intelectual antes dos 18 anos. No entanto, pessoas sofrem traumatismos cranianos, acidentes vasculares cerebrais ou outros transtornos que produzem sequelas cognitivas após 18 anos. Em função da Convenção da ONU, também devem ser acolhidas via ação afirmativa. Da mesma forma, não há enquadramento como PcD automático pelo simples diagnóstico. Será sempre necessário avaliar se há comorbidades enquadráveis nos demais itens até que se tenha uma completa avaliação neuropsicológica.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

5. Transtorno do Espectro Autista

I. Transtorno do Espectro Autista:

Conforme Lei nº 12.764/12, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada por:

- a) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;
- b) padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Antes da Convenção da ONU, somente pelo Decreto 3298/99, não entravam para a cota, pois inteligência é até superior à média. Foi importante haver lei específica. Autismo de alto débito, Síndrome de Asperger e outros diagnósticos entram neste item.

6. Deficiência Múltipla

Associação de duas ou mais deficiências. O periciando deve marcar quais deficiências a pessoa apresenta e comprovar cada uma delas com os documentos descritos anteriormente por médicos especialistas nas áreas.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE PERÍCIAS E SEGURANÇA DO TRABALHO

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO LAUDO CARACTERIZADOR

O laudo UFCA deve ser legível e preferencialmente digitado.

1. Cabeçalho: É fundamental o preenchimento dos dados que identifiquem o periciando, tais como o nome e CPF, RG etc;
2. Origem da deficiência: Assinalar a opção correspondente e anotar CID;
3. Indispensável informar quando a pessoa necessita de apoios para as atividades da vida diária:
 - a) órteses;
 - b) Próteses;
 - c) aparelho auditivo;
 - d) lentes especiais;
 - e) bengalas, muletas;
 - f) softwares de adaptação;
 - g) tecnologias assistivas etc
4. Fundamental a **descrição e detalhamento** de quais as dificuldades que a pessoa apresenta para as atividades da vida diária, como:
 - a) alterações de marcha;
 - b) perda de força ou mobilidade doméstica e urbana;
 - c) dificuldades de comunicação;
 - d) dificuldades no cuidado pessoal;
 - e) dificuldades de leitura;
 - f) dificuldades na escrita e compreensão;
 - g) dificuldades nas interações sociais, dentre outras;
 - h) Não podem ser descrições genéricas como nos instrumentos de caracterização de PcD;

O especialista deverá **marcar o tipo de deficiência**. Observar que, em caso de deficiência múltipla, deve-se assinalar, descrever e apresentar os documentos comprobatórios de cada uma das deficiências que a compõem:

- a. **DEFICIÊNCIA FÍSICA:** preencher o laudo de caracterização de deficiência. Detalhar bem a descrição dos impedimentos (alterações nas funções e anatomia do corpo) e as limitações no desempenho de atividades da vida diária e restrições de participação social que a pessoa apresenta para as funções do dia-a-dia, em comparação com uma pessoa que não tem o impedimento.

- b. DEFICIÊNCIA AUDITIVA: além do devido preenchimento do laudo, deve ser apresentado o exame audiométrico. É importante destacar que os parâmetros balizadores da perda auditiva foram significativamente alterados pelo Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.
 - c. DEFICIÊNCIA VISUAL: além do completo preenchimento laudo, deve ser apresentada acuidade visual COM correção em ambos os olhos ou exame de campimetria com o laudo declarando o somatório em graus caso se trate de redução de campo visual. Declarada em laudo a visão monocular legal ou com uso de prótese ou perda do olho visível ao exame físico, quando o oftalmologista deverá declarar no laudo tal condição.
 - d. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, DEFICIÊNCIA MENTAL (PSICOSSOCIAL), DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: deve ser incorporados aos relatórios neuropsicológicos às respostas aos quesitos quando especificados em edital além do detalhado preenchimento do laudo UFCA por psiquiatra, com a conclusão sobre o diagnóstico e alterações das habilidades adaptativas existentes.
 - e. DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: cada uma deve ser comprovada e detalhada conforme descrito em laudo UFCA por médicos especialistas nas áreas de interesse.
5. Ao final, há a conclusão de que a pessoa avaliada está enquadrada legalmente nos critérios para o enquadramento na reserva legal, aposição da assinatura, nº do CRM/UF e nome da especialidade médica em campo apropriados.