

Ato - SEI Nº 79, de 25 de abril de 2025

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	POP.DGP.056	
Reconhecimento e Cadastro de Dependentes Pessoa com Deficiência - PcD	Emissão: data da assinatura	Versão: 01
	Próxima revisão: conforme necessidade	

1. OBJETIVO

1.1. Estabelecer e padronizar os procedimentos de avaliação para caracterização e cadastro de dependente PcD no âmbito da Rede Ebserh, assegurando critérios uniformes, equitativos e alinhados à legislação vigente.

2. ANEXOS

- 2.1. Anexo I - Laudo Médico para Dependente PcD.
- 2.2. Anexo II - Documento do MTE/SIT - Caracterização das Deficiências 2024.
- 2.3. Anexo III - Diretriz de Avaliação de Dependente com Incapacidade Absoluta ou Incapacidade Laborativa Total.
- 2.4. Anexo IV - Questionário de Aplicação do IFBrM.
- 2.5. Anexo V - Parecer de Médico(a) Assistente como Subsídio na Avaliação de Dependente PcD.

3. FORMULÁRIOS SEI

- 3.1. Solicitação de Parecer Médico Assistente PcD.
- 3.2. Parecer Médico Sost - Auxílio-deficiência.

4. SIGLAS

- 4.1. CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
- 4.2. HUF: Hospital Universitário Federal.
- 4.3. IFBrM: Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado.
- 4.4. SDR: Serviço de Documentação e Registro.
- 4.5. Ssost: Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.
- 4.6. UAP: Unidade de Administração de Pessoal.
- 4.7. Usost: Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.
- 4.8. PcD: Pessoa com Deficiência.

5. DEFINIÇÕES

- 5.1. Dependente: aquele(a) conceituado(a) no [Plano de Benefícios](#) vigente.
- 5.2. Dependente PcD:

a) pessoa com condições fisiomorfo-psicológicas descritas no Anexo II - Documento do MTE/SIT - Caracterização das Deficiências 2024, ou qualquer outro documento emitido por órgão competente que venha a substituí-lo ou complementá-lo; ou

b) pessoa com condições fisiomorfo-psicológicas que acarretem incapacidade absoluta ou

incapacidade laborativa total, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional em consequência de transtorno, doença ou acidente, listadas no Anexo III - Diretriz de Avaliação de Dependente com Incapacidade Absoluta ou Incapacidade Laborativa Total; ou

c) pessoa com condições fisiomorfo-psicológicas amparadas por legislação local vigente, municipal ou estadual, com tipificação de deficiência, desde que caracterizada por avaliação biopsicossocial em conformidade com o Anexo III - Questionário de Aplicação do IFBrM.

6. SISTEMAS

- 6.1. Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGP/Mentorh).
- 6.2. Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

7. CAMPOS DE APLICAÇÃO

7.1. O presente POP aplica-se aos(às) médicos(as) do trabalho e examinadores(as) da Usost, aos(às) integrantes da Comissão de Avaliação Biopsicossocial de PcD, e aos(às) empregados(as) da UAP.

8. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

8.1. Atividade 01: Solicitar avaliação de dependente declarado(a) PcD à medicina do trabalho

Responsável: empregado(a) com dependente PcD

Atividades:

- 8.1.1. Abrir processo SEI sigiloso, anexando os seguintes documentos:
 - a) Laudo, relatório, atestado e/ou outro documento médico com CID 10 que comprove a deficiência;
 - b) Documentação que comprove que a pessoa a ser avaliada é dependente.
- 8.1.2. Conceder credencial de acesso ao(à) médico(a) do trabalho e enfermeiro(a) do trabalho da Usost.

8.2. Atividade 02: Avaliação pelo(a) médico(a) do trabalho

Responsável: Médico(a) do trabalho ou examinador(a) da Usost

Atividades:

- 8.2.1. Avaliar a documentação anexada ao processo.
- 8.2.2. Solicitar documentação complementar e/ou parecer de médico assistente, por meio do formulário SEI - Solicitação de Parecer Médico Assistente PcD, caso necessário.
- 8.2.3. Solicitar, conforme o caso:
 - a) avaliação presencial; e/ou
 - b) avaliação por Junta Médica; e/ou
 - c) aplicação do IFBr-M pela Comissão de Avaliação Biopsicossocial de PcD.
- 8.2.4. Emitir Laudo Médico para Dependente PcD, conforme modelo do Anexo I, com arquivamento de uma via no prontuário do(a) empregado(a) requerente, indicando, quando aplicável, a necessidade de reavaliação periódica.
- 8.2.5. Emitir Parecer Médico Sost - Auxílio-deficiência, conforme formulário SEI, se for o caso.
- 8.2.6. Tramitar o processo restrito à UAP.

8.3. Atividade 03: Atualização cadastral e concessão de benefício auxílio PcD

Responsável: UAP

Atividades:

- 8.3.1. Em caso de reconhecimento da condição de PcD, atualizar o cadastro do dependente no SIGP/Mentorh:
 - a) acessar: Dados Funcionais > Benefícios > Tipo I > Cadastro;

- b) informar matrícula do empregado(a);
- c) clicar em "Incluir";
- d) na aba "Dados Dependente/Benefício" > na área "Dependente" > selecionar o dependente no campo "Nome";
- e) no área "Benefício" preencher os campos abaixo:
 - e.1) campo "Tipo" > selecionar: "Benefício Portador de Necessidades Especiais";
 - e.2) campo "Faixa" > selecionar "Unica";
 - e.3) campo "Data inicial" indicar o início da vigência do benefício;
- f) na área "Protocolo" > no campo "Número" > informar o número do processo SEI;
- g) clicar no botão "Salvar".

Nota¹: é necessário que o(a) dependente já esteja cadastrado no SIGP/MentoRH, na funcionalidade: Dados Funcionais > Cadastro de Dependentes.

Nota²: é necessário que esteja informado o tipo de deficiência do(a) dependente no campo "Pessoa com Deficiência" em Dados Funcionais > Cadastro de Dependentes > Aba Dados Pessoais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. A condição de Pessoa com Deficiência (PcD) não será reconhecida nos seguintes casos:

- a) ausência de laudo ou documentação médica comprobatória (original ou cópia acompanhada do original);
- b) não apresentação de documentação médica complementar, quando solicitada pelo(a) médico(a) do trabalho;
- c) ausência não justificada em avaliação médica, de Junta Médica e/ou de Comissão de Avaliação Biopsicossocial;
- d) não enquadramento da condição, conforme os normativos legais vigentes e/ou avaliação biopsicossocial.

9.2. No âmbito da Administração Central, as atividades da Usost serão realizadas pelo Ssost e as atividades da UAP serão realizadas pelo SDR.

9.3. No caso de cessão dos motivos que ensejaram a caracterização do(a) dependente como PcD, cabe ao(à) empregado(a) comunicar imediatamente à UAP.

9.4. Os casos omissos e/ou divergentes serão analisados pelo Ssost e/ou SDR.

10. REFERÊNCIAS

10.1. BRASIL. Lei nº 7.713, de 22 de Dezembro de 1988, altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências

10.2. BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999: Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 - Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

10.3. 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)

10.4. BRASIL. Decreto nº 9.508, de 24 de setembro de 2018 - Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta

10.5. BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 - Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida

10.6. BRASIL. Lei nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023 - Deficiência auditiva

10.7. BRASIL. Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021 - Visão monocular

10.8. BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 - Transtorno do espectro autista

10.9. BRASIL. Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais

10.10. BRASIL. Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991 - Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências

10.11. BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999 - Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Anexo I e III

10.12. Ministério do Trabalho e Secretaria de Inspeção do Trabalho. Caracterização das deficiências¹ - Orientações para fins de cumprimento do art. 93 da Lei nº 8.213/91, Brasília - DF, 2024

10.13. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. 3.ed. / Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público. Brasília: MP, 2017

10.14. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência - Apêndice II, Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M)

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
01	09/2025	Elaboração do documento

Elaboração CLÁUDIA SIQUEIRA BESCH Médica do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
Revisão HOSAIÁS ALVES DOS PRAZERES SILVA Chefe de Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
EVLLYN CALAZANS CAITANO DE OLIVEIRA Chefe de Serviço de Documentação e Registro
Validação MARINA CURI Coordenador de Administração de Pessoal
Aprovação LUCIANA DE GOUVÊA VIANA Diretora de Gestão de Pessoas



Documento assinado eletronicamente por **Luciana de Gouvea Viana, Diretor(a)**, em 18/09/2025, às 20:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Hosaiás Alves Dos Prazeres Silva, Chefe de Serviço**, em 19/09/2025, às 09:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Evlllyn Calazans Caitano de Oliveira, Chefe de Serviço**, em 19/09/2025, às 13:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Curi, Coordenador(a)**, em 19/09/2025, às 13:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Siqueira Besch, Médico(a) do Trabalho**, em 22/09/2025, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_externo=0, informando o código verificador **48984908** e o código CRC **B87085D8**.

ANEXO I – LAUDO MÉDICO PARA DEPENDENTE PCD

Nome do(a) dependente:	
Parentesco com o(a) empregado(a):	
Nome do(a) Empregado(a):	
Matrícula:	

Avaliação da medicina do trabalho por:

- () análise documental;
() avaliação presencial.
() avaliação por Junta Médica – Parecer em anexo.
() avaliação biopsicossocial – Questionário IFBrM em anexo.

Descrição da Deficiência:

CID 10:

Limitações funcionais:

Natureza da deficiência: () Congênita; () Adquirida.

Origem: () Doença; () Acidente de trabalho; () Acidente comum.

- () Caracterizo o dependente como Pessoa com Deficiência
() Não caracterizo o dependente como Pessoa com Deficiência
() Reavaliação em ___/___/___ ou a cada _____ anos.
() Não há indicação de reavaliação.

Data: ___/___/_____.

Médico(a) responsável (carimbo e assinatura):

Autorizo a divulgação deste Laudo para a DivGP/DGP e órgãos governamentais de fiscalização e controle:

Data: ___/___/___, assinatura do(a) dependente:

Data: ___/___/___, assinatura do(a) empregado(a):

**Anexar uma via no prontuário do(a) empregado(a) responsável.*



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

CARACTERIZAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS¹

Orientações para fins de cumprimento do art. 93 da Lei nº 8.213/91

Brasília - DF

2024

¹ Documento elaborado pela Auditora-Fiscal do Trabalho Lailah Vilela

² Documento revisado pelo Auditor-Fiscal do Trabalho Rafael Giger





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
ENQUADRAMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E REABILITADAS	4
1. Deficiência física:	4
I. Alterações da força	4
II. Alterações Articulares	5
III. Ostomias	6
IV. Nanismo	7
V. Paralisia Cerebral	7
VI. Amputações, ausência ou deformidade de membros	7
VII. Outras alterações de segmentos corporais	9
VIII. Deformidades estéticas	9
2. Deficiência Auditiva:	10
I. Perda bilateral parcial ou total	10
II. Perda unilateral total	10
III. Aspectos sobre funcionamento auditivo e aferição	11
3. Deficiência Visual	13
4. Deficiência intelectual	14
5. Deficiência Mental/Psicossocial	15
I. Transtorno do Espectro Autista:	15
Conforme Lei nº 12.764/12, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada por:	15
II. Deficiência Mental (Psicossocial)	15
III. Síndromes Epilépticas	15
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO LAUDO CARACTERIZADOR	17





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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 3298/99 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 Incapacidade e Saúde (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).



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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 profissional de saúde de nível superior habilitado na área da deficiência 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.

Graus de Desempenho ou Força Muscular, conforme Literatura técnica

² O termo paresia é utilizado quando o movimento está apenas limitado ou fraco.
Esplanada dos Ministérios, Bloco F, Anexo, Ala B, 1º Andar, Brasília/DF,
CEP: 70079-900.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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.

II. Alterações Articulares

Para facilitar o enquadramento, pode-se utilizar os critérios referidos para redução funcional na avaliação de concessão de benefício auxílio-acidente, conforme quadro abaixo.

Alterações articulares

Situações:

a) redução em grau médio ou superior dos movimentos da mandíbula;



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

- 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.

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).



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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.

Considera-se, em alguns livros médicos, que o nanismo pode ser considerado somente para as pessoas que se encontram nos 5% mais baixos de uma população. Em outros, fala-se em 2,5%. 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: **ou seja, estatura de no máximo 140cm para mulheres e de 145cm para homens.**

Conforme parecer do Dr. Auditor Fiscal do Trabalho José Carlos do Carmo: “A literatura médica, farta em informações sobre o desenvolvimento pondo-estatural de crianças, é escassa quando se trata de curvas de altura dos adultos, que não são universais e devem ser consideradas para cada país ou região. 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 movimenta 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 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

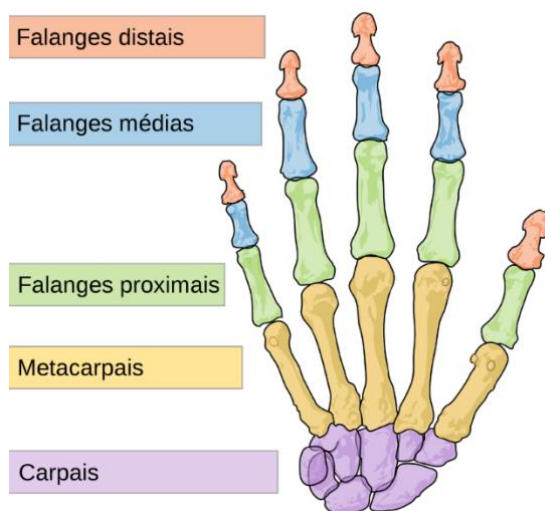


MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

- perda de segmento ao nível ou 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



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.

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.

Esplanada dos Ministérios, Bloco F, Anexo, Ala B, 1º Andar, Brasília/DF,
CEP: 70079-900.



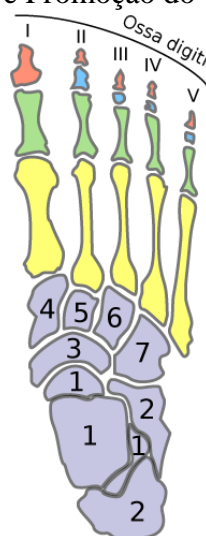
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

Falanges distais
Falanges médias
Falanges proximais
Metatarsais I - V
Óssos do tarso

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



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 (vide quadros de Graus de Desempenho ou Força Muscular e Quadro Graus de Desempenho Muscular no início deste título);
- 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 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 Modelo Unificado de Avaliação da Deficiência previsto na Lei Brasileira de Inclusão.

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 de inclusão no trabalho. Situações de lesões com deformidade de face, crânio, perda de partes da mandíbula, queimaduras graves,



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

tumorações em face, escalpelamentos como os que ocorrem nas correias de motores de barco na região amazônica, por exemplo, podem ser enquadradas.

2. Deficiência Auditiva:

I. Perda bilateral parcial ou total

É a perda 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.

A aferição da perda bilateral parcial pode ser demonstrada pelo prejuízo de quarenta e um decibéis (dB) em todas as frequências mencionadas ou pela média aritmética das quatro frequências, aferida individualmente para cada orelha.

II. Perda unilateral total

É a perda da audição em apenas uma das orelhas, de noventa e cinco decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e nas frequências de 3.000Hz ou 4.000Hz. Não podendo ser aferida pela média aritmética das frequências.

O enquadramento da deficiência auditiva unilateral total para caracterização de pessoa com deficiência para fins de cumprimento da reserva legal de cargos para pessoas com deficiência ou reabilitadas decorre da Lei 14.768/2023. A definição da perda de noventa e cinco decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e nas frequências de 3.000Hz ou 4.000Hz para fins de consideração de perda total da audição decorre da Orientação Técnica do Ministério do Trabalho e Emprego SIT/nº 02/2024, que utiliza como parâmetro a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que publicou, em 2020, o material intitulado Basic Ear and Hearing Care Resource. A OMS utilizou a classificação dos Graus de Deficiência Auditiva REVISADA que traz as seguintes indicações:





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

Graus de perda auditiva	Média entre as frequências de 500 Hz, 1 kHz, 2 kHz e 4 kHz	Desempenho
Audição normal	< 20 dB	Nenhum problema em ouvir sons
Leve	20 < 35 dB	Pode apresentar dificuldade em ouvir o que é falado em locais ruidosos
Moderado	35 < 50 dB	Pode apresentar dificuldade em ouvir conversa particularmente em lugares com ruidosos.
Moderadamente severo	50 < 65 dB	Dificuldade em participar de uma conversa especialmente em locais ruidosos. Mas pode ouvir se falarem com a voz mais alta sem dificuldade.
Severo	65 < 80 dB	Não ouve a maioria das conversas e pode ter dificuldade em ouvir sons elevadas. Dificuldade extrema para ouvir em lugares ruidosos e fazer parte de uma conversa
Profundo	80 < 95 dB	Dificuldade extrema em ouvir voz em forte intensidade
Perda Auditiva completa / surdo	>95dB	Não consegue escutar nenhuma conversa e a maioria dos sons ambientais.

III. Aspectos sobre funcionamento auditivo e aferição

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

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.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente



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.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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.

A empresa deverá sempre anexar o Audiograma, sem o qual não há como o auditor 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) visão monocular, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (20/400) no olho prejudicado, com a melhor correção óptica;
- d) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- e) 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.

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

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

Portanto, para ter deficiência visual, a pessoa deve ter acuidade visual com correção de 20/60 ou pior nos dois olhos, ou então acuidade visual com correção igual ou inferioro a 20/400 em ao menos um olho.

No caso da visão monocular, 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, é possível o enquadramento desde que descritas as limitações decorrentes.

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, o exame complementar denominado Campimetria é necessário, 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.

A empresa 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.

4. Deficiência intelectual

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média e 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.

No laudo caracterizador, devem ser assinaladas as alterações para habilidades adaptativas, sempre duas ou mais. Tais limitações devem ser descritas no laudo do especialista.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

5. Deficiência Mental/Psicossocial

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.

Autismo de alto débito, Síndrome de Asperger e outros diagnósticos semelhantes, desde que inclusos no Espectro Autista entram neste item.

II. Deficiência Mental (Psicossocial)

Conforme Convenção ONU, que faz a separação entre deficiência Mental e Intelectual e trata das deficiências “Psicossociais”, podemos enquadrar situações como a Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, excluindo aqueles de curta duração, como o Transtorno Psicótico Breve, e as que não trazem alterações duradouras nas relações sociais e ocupacionais.

Um conceito do DSM pode ser útil para avaliar quais os casos se enquadram nesse critério, já que não há clareza na legislação: Deve existir disfunção social/ocupacional por uma porção significativa do tempo. Uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, devem estar acentuadamente abaixo do nível alcançado. E deve ser incurável, dentro dos conhecimentos atuais, mesmo que haja controle dos sintomas.

Importante observar que certas doenças mentais, como depressão, ansiedades, síndrome do pânico, podem até trazer limitações, mas como são curáveis a partir dos conhecimentos de saúde atuais, não podem ser enquadradas como deficiência, pelo menos até que se tenha um instrumento de avaliação.

O laudo deverá informar se há outras doenças associadas (comorbidades) e data de início de manifestação da doença.

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

III. 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

Esplanada dos Ministérios, Bloco F, Anexo, Ala B, 1º Andar, Brasília/DF,
CEP: 70079-900.

INSPEÇÃO
DO TRABALHO



MINISTÉRIO DO
TRABALHO



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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. Também o estigma social é fator que acumuladamente indica o enquadramento. Desse modo, na presença de rebaixamento cognitivo, comorbidades com alterações motoras, é possível realizar o enquadramento como deficiência mental, física ou até múltipla.

Importante reforçar que não há enquadramento pelo simples diagnóstico de CID G40 ou equivalente. Necessário demonstrar no laudo as limitações decorrentes.

6. Deficiência Múltipla

Associação de duas ou mais deficiências. A empresa deve marcar quais deficiências a pessoa apresenta e comprovar cada uma delas com os documentos descritos anteriormente.

7. Reabilitado

Pessoa que passou por processo de reabilitação junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e recebeu um Certificado de Reabilitação Profissional.

Seja qual for a doença de base e limitações funcionais a época de reabilitação, mesmo que em outra empresa ou para função diversa da que vai exercer, a reabilitação é válida. Importante que a lei prevê a possibilidade de exercer qualquer função para a qual a pessoa se encontre habilitada, não somente aquela desenvolvida durante a Reabilitação.

Nenhum laudo de adoecimento é necessário.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO LAUDO CARACTERIZADOR

O Laudo deve ser legível e preferencialmente digitado.

1. Cabeçalho: É fundamental o preenchimento dos dados que identifiquem o trabalhador, tais como o nome e CPF.
2. Origem da deficiência: Assinalar a opção correspondente e anotar CID. Quando decorrente de acidente de trabalho, ocorrido na vigência do presente contrato, anexar a CAT.
3. Descrições e documentos adicionais:

Fundamental a descrição de quais as dificuldades que a pessoa apresenta para as atividades da vida diária, como alterações de marcha, perda de força ou mobilidade doméstica e urbana, dificuldades de comunicação, dificuldades no cuidado pessoal, dificuldades de leitura, escrita e compreensão, dificuldades nas interações sociais, dentre outras.

Não podem ser descrições genéricas como “carregar peso excessivo”, “caminhar distâncias excessivas”, afinal, ninguém deve carregar peso excessivo ou realizar qualquer excesso de esforço. Se a pessoa não consegue carregar 5Kg, por exemplo, pode-se constatar que realmente existe limitação.

Informar quando a pessoa necessita de apoios para as atividades da vida diária (órteses, próteses, aparelho auditivo, lentes especiais, bengalas, muletas, softwares de adaptação, tecnologias assistivas etc.)

Em seguida, o avaliador 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. Qualquer profissional de saúde de nível superior habilitado na área da deficiência pode preencher, não somente o Médico do Trabalho. Fisioterapeutas são profissionais altamente capacitados para descrever alterações motoras. 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. Atentar que não são limitações para o trabalho, pois pressupõe-se que seu posto de trabalho está adaptado e acessível, mas para as funções do dia a dia, em comparação com uma pessoa que não tem o impedimento.
- b. DEFICIÊNCIA AUDITIVA: além 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. Desta forma, as pessoas que estavam empregadas na empresa e se enquadram nos critérios anteriores (perdas auditivas leves ou em frequências elevadas), cuja deficiência for comprovada por meio de exames audiométricos, registro em CAGED e RAIS, prontuários médicos ou outros documentos produzidos até aquelas datas, podem ser consideradas para o cumprimento da cota. Para tanto a empresa tem que fazer prova do início do contrato de trabalho e da condição de enquadramento anteriores ao Decreto (vide IN 02/2021 da Secretaria de Inspeção do Trabalho – SIT).
- c. DEFICIÊNCIA VISUAL: além do laudo, deve ser apresentada acuidade visual com correção em ambos os olhos ou exame de campimetria com o laudo declarando o somatório, se o caso for de redução de campo visual.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

Somente não é necessária acuidade para os casos de visão monocular com uso de prótese ou perda do olho visível ao exame físico, quando o médico deve declarar no laudo tal condição.

- d. **TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, DEFICIÊNCIA MENTAL (PSICOSSOCIAL), DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL:** deve ser anexado laudo do especialista em saúde mental, com a conclusão sobre o diagnóstico e alterações das habilidades adaptativas existentes. Pode ser de psiquiatra, neurologista, psicólogo, psicopedagogo especializado ou outros profissionais de nível superior da área da saúde afetos.
 - e. **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA:** cada uma deve ser comprovada conforme descrito, com marcação dos itens correspondentes no laudo.
 - f. **REABILITADO PELO INSS** basta apresentar o certificado de reabilitação emitido pelo INSS/Previdência Social e a concordância do trabalhador em ser considerado para a cota da Lei 8213/91.
4. Ao final, há a conclusão de que a pessoa avaliada está enquadrada legalmente nos critérios para o enquadramento na reserva legal, o local para assinatura do examinador e carimbo.
5. O trabalhador deverá concordar expressamente com sua inclusão na cota da empresa e com o fornecimento dos documentos à fiscalização. Para tanto, deverá assinar o termo de consentimento ao final do laudo caracterizador. Caso seja trabalhador reabilitado pelo INSS, essa concordância também deverá ser registrada por escrito (§2º do artigo 4º da LBI).



ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**1. ALIENAÇÃO MENTAL**

Conceitua-se alienação mental como sendo todo quadro de transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da sanidade mental, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o com incapacidade absoluta ou incapacidade laborativa total.

O indivíduo torna-se incapaz de responder por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional.

O diagnóstico de um transtorno mental não é, por si só, indicativo de enquadramento como alienação mental.

1.1. Critérios de Enquadramento

O transtorno neuropsiquiátrico deve atender todas as condições abaixo discriminadas:

- I. Ser grave e persistente;
- II. Ser refratário aos meios habituais de tratamento;
- III. Compromete gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
- IV. Torne o indivíduo inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

1.2. São Passíveis de Enquadramento

- I. Esquizofrenias nos estados crônicos e residuais;
- II. Outras psicoses graves nos estados crônicos e residuais;
- III. Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson etc.);
- IV. Retardos mentais graves e profundos.

1.3. São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

- I. Transtornos afetivos ou do humor, quando comprovadamente cronificados e refratários ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível do funcionamento mental;
- II. Quadros epilépticos com sintomas psicóticos, quando caracterizadamente cronificados e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
- III. Outros transtornos psicóticos orgânicos decorrentes de lesão e disfunção cerebral, quando caracterizadamente cronificados e refratários ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
- IV. Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas graves.

1.4. Quadros Não Passíveis de Enquadramento

- I. Transtornos da personalidade;
- II. Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas leves e moderadas;
- III. Retardos mentais leves e moderados;

- IV. Transtornos relacionados ao estresse e somatoformes (reação de ajustamento, reação ao estresse);
- V. Transtornos mentais orgânicos agudos e transitórios (estados confusionais reversíveis);
- VI. Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

O Laudo Médico para Dependente PcD (Anexo I) deverá conter, além da citação "alienação mental", a doença de base por extenso.

2. CARDIOPATIA GRAVE

Conceitua-se como cardiopatia grave a enfermidade que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração levando à diminuição da capacidade física e/ou laborativa, a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedimento do indivíduo de exercer definitivamente suas atividades, a despeito do tratamento instituído.

O critério a ser adotado para avaliação baseia-se na classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA:

Classificação das Cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração - NYHA	
Classe I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispneia nem angina de peito.
Classe II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.
Classe III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.
Classe IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

2.1. Critérios de Enquadramento

- I. Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
- II. Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
- III. Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º grau, extrassístolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
- IV. Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
- V. Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

O(A) médico(a) do trabalho somente enquadrará os dependentes como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo solicitar comprovação de tratamento especializado de até 24 meses, a depender da etiologia e fatores de risco associados.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter, além da citação "cardiopatia grave", a doença de base por extenso e se há necessidade de reavaliação.

3. CEGUEIRA TOTAL

Condição de falta de percepção visual, devido a fatores fisiológicos ou neurológicos.

Cegueira total ou Amaurose é perda total de visão (amaurose) nos dois olhos, sem percepção luminosa, clinicamente registrada como NLP, uma abreviação para "no light perception" (sem percepção de luz-SPL), determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter, além da citação "cegueira de base" e a doença de base, se definida, por extenso.

4. DOENÇA DE PARKINSON

A Doença de Parkinson é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma série de manifestações:

- a) Tremor: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b) Rigidez muscular: sinal característico e, eventualmente, dominante, acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada";
- c) Oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);
- d) Instabilidade postural: o paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;
- e) Demência: pode ocorrer tardiamente.

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário. Ambas as formas clínicas satisfazem o critério para caracterização de dependente PcD.

A avaliação de invalidez de um paciente portador de Doença de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.

Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson	
Bradicinesia de mãos – incluindo escrita manual	
Sem comprometimento	0
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual	1
Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios	2

Lentificação moderada do uso de supinação/pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	3
Rigidez	
Não detectável	0
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	1
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	2
Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
Postura	
Postura normal. Cabeça fletida para a frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para a frente, mais de 12 cm	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para a frente mais de 15cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para a frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando extensão interfalange. Começando a flexão dos joelhos	3
Balancio de Membros Superiores	
Balancio correto dos dois braços	0
Um dos braços com diminuição definida do balancio	1
Um braço não balança.	2
Os dois braços não balançam.	3
Marcha	
Passos bons com passada de 40 a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 a 45 cm. Começando a bater um calcanhar faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada agora com 15 a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
Tremor	
Sem tremor detectado	0
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm, de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz.	1
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	2
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a autoalimentação são impossíveis	3
Face	
Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto.	0
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	1
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	2

Face congelada. Boca aberta 0,5 cm. ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	3
Seborréia	
Nenhuma	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina	1
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa.	2
Seborréia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa	3
Fala	
Clara, sonora, ressonante, fácil de entender	0
Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	1
Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	2
Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3
Cuidados pessoais	
Sem comprometimento	0
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais, mas, a velocidade com que se veste, torna-se um empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	1
Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras etc. Muito lento no desempenho da maioria das atividades, mas trata estes problemas designando mais tempo para cada atividade.	2
Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho	3

4.1. Critérios de Enquadramento

Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade, com base na pontuação da tabela de Webster, todos os que apresentarem doença grave ou avançada (21 a 30 pontos) ou incapacidade moderada (11 a 20 pontos) associada a impedimento da realização das atividades normais da vida diária.

4.2. Quadros Não Passíveis de Enquadramento

- I. Formas de parkinsonismo secundário, de caráter transitório, ocasionadas por medicamentos, cujo quadro clínico regride com a suspensão da droga, e por outras etiologias.
- II. Com base na pontuação da tabela de Webster, pontuação menor ou igual a 10 pontos.

Nota: Nos casos de deficiência leve, recomenda-se a realização da avaliação biopsicossocial, uma vez que, conforme previsto em manual específico, a caracterização da condição de Pessoa com Deficiência depende da identificação de impedimentos no desempenho das atividades laborativas e/ou nas atividades habituais da vida diária.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter “doença de Parkinson”, a doença de base ou citação de “idiopática”, a avaliação baseada Tabela de Webster.

5. ESCLEROSE MÚLTIPLA

Define-se como uma doença desmielinizante do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e da medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sintomas e sinais, geralmente com remissões e exacerbações.

De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacerbações frequentes. Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, entre outros.

Ocorrem também sintomas mentais: apatia, falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar.

As alterações motoras são marcantes: marcha trôpega, trêmula; tremores nas mãos e na cabeça; fraqueza muscular. As lesões cerebrais podem resultar em hemiplegia. Atrofia muscular e espasmos musculares dolorosos ocorrem tardiamente.

As alterações sensitivas ocorrem principalmente nas mãos e nas pernas com perda da sensibilidade cutânea. Em relação às alterações autonômicas, há dificuldade miccional, incontinência retal e impotência sexual.

Curso: Variado e imprevisível, com remissões e exacerbações intercaladas em meses ou anos. Quando as crises se amiúdam, rapidamente o paciente torna-se incapacitado de forma definitiva. As remissões podem durar até 20 anos, mas quando os ataques são frequentes o curso é decadente e pode ser fatal em até um ano.

Diagnóstico: É indireto, por dedução por meio de características clínicas e laboratoriais. Ressonância magnética é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas

5.1. Critérios de Enquadramento

Casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos – recomenda-se avaliação biopsicossocial.

6. ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

Doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna.

O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroilíacas e, de forma ascendente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e este processo resulta em rigidez progressiva da coluna.

As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais).

Entende-se por anquilose ou ancilose a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

6.1. Critérios de Enquadramento

- I. Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- II. Teste sorológico específico HLA – B 27;
- III. Avaliação biopsicossocial para verificar a limitação.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "espondilite anquilosante", o resultado do teste sorológico HLA-B27 e laudo de imagem que comprove comprometimento da coluna vertebra e/ou bacia.

7. ESTADOS AVANÇADOS DO MAL DE PAGET

Afecção óssea crônica, caracterizada por deformações ósseas de evolução lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, geralmente assintomática e acometendo um só osso ou, menos frequentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

6.2. Critérios de Enquadramento:

- I. formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas
- II. dificuldade para marcha, característica da coxopatia Pagética.
- III. estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante):
 - a) Lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
 - b) Complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgia;
 - c) Complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.
- IV. Exames indispensáveis:
 - a) Exame radiológico;
 - b) Dosagem da fosfatase alcalina;
 - c) Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "mal de Paget" e o resultado dos exames indispensáveis.

8. HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

O(A) médico(a) do trabalho concluirá pela incapacidade absoluta ou incapacidade laborativa total quando o(a) dependente apresentar sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação:

- a) Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6 cm de distância.
- b) Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída
- c) Pés: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "hanseníase" e a sequela incapacitante.

9. NEFROPATIA GRAVE

Define-se como nefropatia grave o comprometimento em caráter transitório ou permanente da função renal a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco à vida, ocasionado por enfermidade de evolução aguda ou crônica, de qualquer etiologia.

As nefropatias classificadas como insuficiência renal grave, Estádios 4 e 5, são enquadradas como nefropatias graves. A perícia deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da indicação da presença ou não de nefropatia grave.

Estágio	Filtração glomerular	Creatinina	Grau de IRC
4	15-29 ml/min	6,1 – 9 mg/dl	IR grave ou clínica
5	< 15 ml/min	>9mg/dl	IR terminal ou pré-dialítica

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "nefropatia grave", a patologia de base e a necessidade de reavaliação em 2 anos, a critério do médico do trabalho.

10. NEOPLASIA MALIGNA

Grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo.

A perícia fará o enquadramento da incapacidade absoluta ou incapacidade laborativa total por neoplasia maligna dos dependentes quando for constatada:

- I. Neoplasias com mau prognóstico em curto prazo;
- II. Neoplasias incuráveis;
- III. Sequelas do tratamento, mesmo quando erradicada a neoplasia maligna;
- IV. Recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

O(A) médico(a) do trabalho deverá citar no Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I):

- a) O tipo histopatológico da neoplasia;
- b) Sua localização;
- c) A presença ou não de metástases;
- d) O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;
- e) Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal;
- f) A critério médico, a necessidade de reavaliação em 2 ou 5 anos.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "neoplasia maligna", a patologia de base e a necessidade de reavaliação em 2 anos, a critério do médico do trabalho.

Nota: O carcinoma basocelular, por seu caráter não invasivo, não metastático, e de excelente prognóstico não se enquadra nesta situação. As neoplasias que apresentarem comportamento similar devem ser tratadas da mesma forma. Os dependentes portadores de neoplasia maligna submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, que após cinco anos de acompanhamento clínico não apresentarem evidência de doença ativa, serão considerados não portadores de neoplasia maligna.

11. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

Incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, causada pela interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão de neurônio motor central ou periférico. A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade.

- I. Paraplegia: quando são atingidos ambos membros superiores ou inferiores;
- II. Tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "paralisia irreversível e incapacitante", a patologia de base e a necessidade de reavaliação em 2 anos, a critério do médico do trabalho.

Nota: A paralisia de um músculo ou de um grupo de músculos não apresenta por si só incapacidade. É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o dependente para o exercício profissional.

12. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por uma imunodeficiência grave que se manifesta clinicamente através do aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas ou lesões neurológicas associadas ao HIV.

Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C(todos). Ou seja, LT-CD4+ < 200/mm³ associada à:

- I. Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- II. Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
- III. Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e/ou esplenomegalia. Nesta fase, a sorologia para o HIV pode ser negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico
- IV. Angiomatose bacilar;
- V. Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
- VI. Candidíase orofaríngea;
- VII. Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5º C ou diarreia com mais de um mês de duração).

Ou, independente da contagem de linfócitos, se houver:

- I. Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- II. Criptococose extrapulmonar;
- III. Câncer cervical uterino;

- IV. Retinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
- V. Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- VI. Histoplasmoze disseminada;
- VII. Isosporíase crônica;
- VIII. Micobacteriose atípica;
- IX. Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- X. Pneumonia por *P. carinii*;
- XI. Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em humano;
- XII. Bacteremia recorrente por bactérias do gênero "salmonella";
- XIII. Toxoplasmose cerebral;
- XIV. Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- XV. Criptosporidiose intestinal crônica;
- XVI. Sarcoma de Kaposi;
- XVII. Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
- XVIII. Encefalopatia pelo HIV
- XIX. Síndrome consumptiva pelo HIV (perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente, excluída a tuberculose como causa básica);
- XX. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite).

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "SIDA", a contagem de leucócitos, resultado de sorologia e a necessidade de reavaliação em 2 anos, a critério do(a) médico(a) do trabalho.

13. TUBERCULOSE ATIVA

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, possuindo predileção pelo pulmão. A evolução após o contato com o bacilo depende do hospedeiro. A suscetibilidade à infecção é praticamente universal, a maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a primoinfecção e desenvolve imunidade parcial à doença. No entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal aqueles(as) que:

- I. tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da TB, refratárias aos esquemas terapêuticos existentes,
- II. na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho. Como exemplo, a seqüela pulmonar em que ocorre importante redução da capacidade funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponha importante limitação física ao indivíduo.
- III. forem portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão avaliados pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nesta norma e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.
- IV. apresentarem outras sequelas das lesões tuberculosas, irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva.

Os(As) dependentes que apresentarem "Cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão avaliados de acordo com cardiopatia grave desta Diretriz.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "Tuberculose Ativa", o local de acometimento, resultado de exame laboratorial e a necessidade de reavaliação em 2 anos, a critério do(a) médico(a) do trabalho.

14. HEPATOPATIA GRAVE

A hepatopatia grave compreende um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além de incapacidade para atividades laborais e risco à vida.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito do abdome, distensão abdominal e hemorragia digestiva. No entanto, muitos hepatopatas crônicos são assintomáticos. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou para admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

Classificação de Child-Turcotte-Pugh

	pontos		
Indicadores	1	2	3
Albumina	>3,5g%	3,0 a 3,5 g%	3,5g%
Bilirrubina	<2,0mg%	2,0 a 3,0mg%	>3,0mg%
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Grau de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Tempo de protrombina	>75%	50 a 74%	<50%

Classe	Total de pontos
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

As hepatopatias classificadas na Classe A de Child-Pugh não são consideradas graves.

As hepatopatias classificadas na Classe B de Child-Pugh serão consideradas como hepatopatia grave quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante.

As hepatopatias classificadas na Classe C de Child-Pugh serão enquadradas como hepatopatia grave

Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, recomenda-se reavaliação em até 24 meses.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "Hepatopatia Grave", a doença de base, a Classificação de Child-Turcotte-Pugh e a necessidade de reavaliação em até 2 anos, a critério do(a) médico(a) do trabalho.

15. FIBROSE CÍSTICA

A fibrose cística, também conhecida como mucoviscidose, é um distúrbio autossômico recessivo que faz com que determinadas glândulas exócrinas produzam secreções anormais, acarretando vários sintomas, afetando principalmente o trato digestivo e os pulmões.

Diagnóstico - Teste do suor: a iontoforese quantitativa da transpiração estimulada pela pilocarpina (teste do suor) revela níveis elevados de sódio e cloro (> 60 mEq/L) no suor de pacientes com fibrose cística. É específico para diagnóstico de fibrose cística, porém um teste normal não exclui o diagnóstico, sendo necessários dois testes em dias diferentes para um diagnóstico acurado.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "Fibrose Cística" e o resultado de exame laboratorial comprobatório.

16. AMPUTAÇÕES OU SEGMENTECTOMIA

Para efeito de enquadramento:

- I. perda parcial de parte óssea de um segmento equivale à perda do segmento;
- II. perda de nove dedos das mãos ou superior a esta;
- III. perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível;
- IV. perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a próteses seja possível;
- V. perda de um membro superior e outro inferiores, quando a prótese for impossível.

O Laudo Médico para Caracterização de Dependente PcD (Anexo I) deverá conter "amputação" ou "segmentectomia" e a descrição anatômica.

Nota: A perda parcial de partes moles sem perda de parte óssea do segmento não é considerada para efeito de enquadramento.

Matriz de Atividades e Participação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)

I. Aplicação da Matriz

A matriz é composta por 39 atividades e participação discriminantes, validadas para compor as régua de gravidade por faixa etária, e 18 atividades e participação não discriminantes, organizadas em sete domínios, adaptados dos nove domínios originais da CIF, a saber: 1. Aprendizagem e aplicação de conhecimento; 2. Comunicação; 3. Mobilidade; 4. Cuidados Pessoais; 5. Vida Doméstica; 6. Educação, Trabalho e Vida Econômica; 7. Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política.

Cada linha da matriz contempla uma atividade a ser avaliada, com atribuição da pontuação que traduza o grau de independência para realizá-la.

O grau de independência está graduado em quatro níveis (100, 75, 50 e 25 pontos), adaptados dos sete níveis originais da Medida de Independência Funcional – MIF, com vistas a facilitar a avaliação e aplicação do instrumento, onde a pessoa é avaliada conforme a seguinte pontuação:

- 100:** Realiza a atividade de forma independente, sem qualquer tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança.
- 75:** Realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou realiza a atividade de forma diferente do habitual ou mais lentamente.
- 50:** Realiza a atividade com o auxílio de terceiros. O indivíduo participa de alguma etapa da atividade. Inclui preparo e supervisão.
- 25:** Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de qualquer etapa da atividade. Se é necessário o auxílio de duas ou mais pessoas o escore deve ser 25: totalmente dependente.

Se o nível de independência varia em função do ambiente ou da hora do dia, os avaliadores devem pontuar o escore mais baixo, ou seja, o nível de maior dependência.

As atividades do “Domínio 6. Educação, trabalho e vida econômica” devem ser pontuadas considerando a história pregressa da pessoa avaliada, quando couber, conforme a faixa etária.

Quando as atividades se referirem a uma ou mais ações, em um subconjunto, devem pontuar segundo o nível de dependência na ação mais complexa.

Todas as atividades devem ser pontuadas, porém somente as validadas como discriminantes, por faixa etária, comporão a pontuação final, calculada automaticamente pelo sistema, a ser confrontada com a régua de gravidade.

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

Domínios de Atividades e Participação (com Fatores Ambientais*)

Atividades e Participação discriminantes (sem preenchimento)

Atividades e Participação não discriminantes (preenchidas com fundo cinza)

1. Aprendizagem e aplicação de conhecimento					Pontuação	Fatores Ambientais				
1.1 Observar Perceber, discriminar, reconhecer o que enxerga e utilizar intencionalmente o sentido da visão, compatível com a faixa etária – d110 (A partir dos 3 meses de idade)					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
<input type="radio"/> 0 a 4 anos	<input type="radio"/> 5 a 10 anos	<input type="radio"/> 11 a 17 anos	<input type="radio"/> 18 a 59 anos	<input type="radio"/> > 60 anos		<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O
1.2 Ouvir Perceber, discriminar, reconhecer os sons e utilizar intencionalmente o sentido da audição, compatível com a faixa etária – d115 (A partir dos 3 meses de idade)					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
<input type="radio"/> 0 a 4 anos	<input type="radio"/> 5 a 10 anos	<input type="radio"/> 11 a 17 anos	<input type="radio"/> 18 a 59 anos	<input type="radio"/> ≥ 60 anos		<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O
1.3 Aprender a calcular Desenvolver a capacidade de trabalhar com números e realizar operações matemáticas simples e complexas, tais como, utilizar símbolos matemáticos para somar e subtrair e aplicar, num problema, a operação matemática correta – d150 (A partir dos 10 anos de idade)					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
<input type="radio"/> 0 a 4 anos	<input type="radio"/> 5 a 10 anos	<input type="radio"/> 11 a 17 anos	<input type="radio"/> 18 a 59 anos	<input type="radio"/> ≥ 60 anos		<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O

* Os domínios de Fatores Ambientais, embora assinalados neste momento da avaliação, estão descritos detalhadamente em tópico anterior do formulário.

ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.

1.4 Adquirir habilidades Desenvolver as capacidades básicas e complexas necessárias para a execução de um conjunto integrado de ações ou tarefas de maneira que, ao adquirir essa competência, consiga iniciar e concluir a sua execução, tais como, participar de jogos, raciocínio lógico e memorização – d155 – adaptado <i>(A partir dos 6 meses de idade)</i>					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u> <input type="radio"/>	<u>Amb.</u> <input type="radio"/>	<u>A e R</u> <input type="radio"/>	<u>Atit.</u> <input type="radio"/>	<u>SS e P</u> <input type="radio"/>
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
1.5 Concentrar a atenção Concentrar intencionalmente a atenção em estímulos específicos desligando-se dos fatores que distraem, compatível com a faixa etária - d160 <i>(A partir dos 3 anos de idade)</i>					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u> <input type="radio"/>	<u>Amb.</u> <input type="radio"/>	<u>A e R</u> <input type="radio"/>	<u>Atit.</u> <input type="radio"/>	<u>SS e P</u> <input type="radio"/>
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
1.6 Resolver Problemas Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções, como por exemplo, na resolução de uma disputa entre duas pessoas - d175 adaptada <i>(A partir dos 7 anos de idade)</i>					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u> <input type="radio"/>	<u>Amb.</u> <input type="radio"/>	<u>A e R</u> <input type="radio"/>	<u>Atit.</u> <input type="radio"/>	<u>SS e P</u> <input type="radio"/>
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
1.7 Tomar decisões Fazer uma escolha entre opções, implementar a opção escolhida e avaliar os efeitos, compatível com a faixa etária – d177 <i>(A partir dos 8 anos de idade)</i>					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u> <input type="radio"/>	<u>Amb.</u> <input type="radio"/>	<u>A e R</u> <input type="radio"/>	<u>Atit.</u> <input type="radio"/>	<u>SS e P</u> <input type="radio"/>
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

1.8 Realizar uma única tarefa e atender a um único comando					<input type="radio"/> 100	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Realizar ações coordenadas simples e complexas, e atender a comando único, compatível com a faixa etária – d210					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 2 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
1.9 Realizar tarefas múltiplas e atender a múltiplos comandos					<input type="radio"/> 100	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Realizar, uma após outra ou em simultâneo, ações coordenadas simples ou complexas, consideradas como componentes de tarefas múltiplas, integradas e complexas – d220					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 3 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

2.Domínio: Comunicação					Pontuação	Fatores Ambientais				
2.1. Compreensão de mensagens orais					<input type="radio"/> 100	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Compreender as mensagens orais, significados literais e implícitos, compatível com a faixa etária - d310					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 3 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
2.2. Compreensão de mensagens não verbais					<input type="radio"/> 100	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Compreender os significados das mensagens transmitidas por linguagem corporal, símbolos e imagens, compatível com a faixa etária - d315					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 2 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

2.3 Falar					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SSeP</u>
Refere-se a iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizada por meio da linguagem oral, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formais ou informais, produzindo mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito – d330										
(A partir de 1 ano de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
2.4 Produção de mensagens não verbais					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SSeP</u>
Utilizar gestos, símbolos e/ou desenhos para transmitir mensagens – d335										
(A partir dos 6 meses de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
2.5 Compreensão de mensagens escritas (Inclui Braille, quando couber)					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SSeP</u>
Compreender os significados literais e implícitos das mensagens transmitidas por meio da linguagem escrita –d325										
(A partir dos 7 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
2.6 Produção de mensagens escritas (Inclui Braille, quando couber)					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SSeP</u>
Produzir mensagens com significado literal e implícito transmitidas por meio da linguagem escrita – d345										
(A partir dos 7 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.

2.7 Conversação oral ou em libras					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Iniciar, manter, dar forma e terminar um diálogo ou troca de impressões com uma ou mais pessoas – d350										
(A partir dos 3 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
2.8 Discutir					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Iniciar, manter e terminar a análise de um assunto, com argumentos a favor ou contra, ou um debate através de linguagem oral ou de sinais, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formais ou informais, compatível com a faixa etária – d355										
(A partir dos 6 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

3.Domínio: Mobilidade					Pontuação	Fatores Ambientais				
3.1 Mudar e manter a posição do corpo					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Refere-se à: Mudar a posição básica do corpo: refere-se a sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro; manter a posição do corpo: manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário – d410 e d415										
(A partir dos 6 meses de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

3.2 Auto transferência					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Mover na mesma superfície ou de uma superfície para outra, sem mudar a posição do corpo (de deitado para deitado, de sentado para sentado), de forma compatível com a faixa etária - d420 adaptada										
<i>(A partir dos 2 anos de idade)</i>										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
3.3 Alcançar, transportar e mover objetos					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Alcançar o objeto acima da cabeça, à frente, ao lado e abaixo; levantar, transportar nas mãos ou nos braços, ou sobre os ombros, sobre os quadris, costas ou cabeça; pousar objetos – d430 adaptada										
<i>(A partir dos 7 meses de idade)</i>										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
3.4 Deslocar-se dentro de casa					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Andar e mover-se dentro da própria casa, dentro de um quarto ou entre quartos e em toda a casa ou na área da habitação – d4600										
<i>(A partir de 1 ano de idade)</i>										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
3.5 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Andar ou deslocar-se dentro de edifícios que não a própria residência, incluindo áreas anexas quando aplicável. Inclui deslocar-se entre andares, compatível com a faixa etária – d4601										
<i>(A partir dos 3 anos de idade)</i>										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Andar e deslocar-se perto ou longe da própria casa e de outros edifícios, sem a utilização de transporte público ou privado – d4602					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 5 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
3.7 Utilizar transporte coletivo					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Utilizar transporte coletivo para se deslocar, como passageiro, por meio terrestre, aquaviário ou aéreo, compatível com a faixa etária – d4702					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 12 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
3.8 Utilizar transporte individual como passageiro					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Utilizar transporte para se deslocar, como passageiro, por meio terrestre, aquaviário ou aéreo, compatível com a faixa etária – d4701					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 7 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

4.Domínio: Cuidados pessoais					Pontuação	Fatores Ambientais				
4.1 Comer					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável – d550					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 2 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

4.2 Beber					<input type="radio"/> 100		<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável – d560					<input type="radio"/> 75						
(A partir dos 18 meses de idade)					<input type="radio"/> 50						
					<input type="radio"/> 25						
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos							
4.3 Lavar-se					<input type="radio"/> 100		<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados – d510					<input type="radio"/> 75						
(A partir dos 6 anos de idade)					<input type="radio"/> 50						
					<input type="radio"/> 25						
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos							
4.4 Vestir-se					<input type="radio"/> 100		<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo com as condições climáticas e sociais (códigos e convenções da sociedade em que vive, implícitos ou explícitos) – d540					<input type="radio"/> 75						
(A partir dos 4 anos de idade)					<input type="radio"/> 50						
					<input type="radio"/> 25						
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos							
4.5 Cuidar de partes do corpo					<input type="radio"/> 100		<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Refere-se aos cuidados pessoais com pele, rosto, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais – d520					<input type="radio"/> 75						
(A partir dos 10 anos de idade)					<input type="radio"/> 50						
					<input type="radio"/> 25						
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos							

ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.

4.6 Regulação da micção					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SSeP</u>
Refere-se aos cuidados relacionados aos processos de excreção urinária envolvendo prever a eliminação, coordenar e controlar a micção e proceder à higiene subsequente – d5300										
(A partir dos 3 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
4.7 Regulação da defecação					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SSeP</u>
Refere-se aos cuidados relacionados aos processos de excreção (d530), envolvendo prever a eliminação, coordenar e controlar a defecação e proceder à higiene subsequente – d5301										
(A partir dos 3 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
4.8 Capacidade de identificar doenças e agravos à saúde					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SSeP</u>
Assegurar o conforto físico, a saúde e o bem-estar físico e mental; controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde. Identificar sinais e sintomas que possam potencialmente comprometer a saúde e a integridade física, reconhecer abusos e violência – d570										
(A partir dos 3 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

5.Domínio: Vida doméstica					Pontuação	Fatores Ambientais				
5.1 Preparar refeições simples tipo lanche					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SSeP</u>
Preparar refeições com um pequeno número de ingredientes, que requerem métodos fáceis – d6300 adaptada										
(A partir dos 7 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

5.2 Cozinhar					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Planejar, organizar, cozinhar e servir refeições com grande número de ingredientes que requerem métodos complexos para serem preparados e servidos; planejar uma refeição com vários pratos; transformar os ingredientes por meio de ações combinadas – d6301 adaptada										
(A partir dos 14 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
5.3 Realizar tarefas domésticas					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Refere-se ao trabalho doméstico – d640										
(A partir dos 9 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Utilizar, guardar, e conservar objetos pessoais, cuidar da casa e dos utensílios domésticos, compatível com a faixa etária – d650 adaptado										
(A partir dos 6 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
5.5 Cuidar dos outros					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>P e T</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Auxiliar os membros da família e outros nas relações interpessoais, nos cuidados de nutrição e manutenção da saúde, nas atividades de aprendizagem, comunicação, autocuidados, movimento dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem-estar dos membros da família e de outras pessoas -d660										
(A partir dos 9 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

5.6 Fazer compras e/ou contratar serviços					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Selecionar, comprar e transportar, bem como obter, em troca de dinheiro, bens e serviços necessários para a vida diária. Envolve as transações econômicas básicas e complexas - d620					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 7 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
5.7. Comprar, alugar, mobiliar ou obter um lugar para morar – d610					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Selecionar, comprar e transportar, bem como obter, em troca de dinheiro, bens e serviços necessários para a vida diária. Envolve as transações econômicas básicas e complexas - d620					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 18 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
5.8 Planejar e organizar a rotina diária					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Realizar ações coordenadas simples ou complexas de modo a poder planejar, gerir e responder as exigências das tarefas e das obrigações do dia a dia – d230					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 12 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

6.Domínio: Educação, Trabalho e Vida Econômica					Pontuação	Fatores Ambientais				
6.1 Educação Informal					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Adquirir habilidades e conhecimentos educacionais em casa ou outro ambiente não institucional, compatível com a faixa etária – d810					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 2 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

6.2 Educação Formal					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>						
Aprender desde um nível inicial de instrução organizada em programa educacional, incluindo ir à escola regularmente, trabalhar em cooperação com outros alunos, seguir as orientações dos professores, organizar, estudar e concluir as tarefas e projetos indicados, até progredir para outros níveis de educação – d820 e d830 adaptados (A partir dos 6 anos de idade)																
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos												
6.3 Qualificação Profissional											<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Participar de todas as atividades de um programa de formação profissional e aprender as matérias do programa curricular que prepara para um negócio, emprego ou profissão. Considerar a aquisição de habilidades e conhecimentos específicos para atividade profissional, incluindo acessibilidade e disponibilidade de recursos educacionais adequados – d825 (A partir dos 14 anos de idade)																
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos												
6.4 Trabalho Remunerado					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>						
Participar de todos os aspectos do trabalho, seja uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em tempo inteiro ou parcial, no mercado de trabalho formal ou informal (considerando procurar e conseguir trabalho, realizar as tarefas exigidas sozinho ou em grupo, permanecer e progredir no trabalho) – d850 (A partir dos 14 anos de idade)																
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos												
6.5 Exercer trabalho por conta própria (iniciativas individuais, cooperadas ou coletivas)											<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Envolver-se num trabalho remunerado conseguido pelo indivíduo ou criado por ele, ou estar contratado por outros numa relação de emprego formal ou informal – d8500 (A partir dos 18 anos de idade)																
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos												

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

6.6. Manter, progredir e sair de trabalho remunerado					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Planejar e realizar as tarefas demandadas, sozinho ou em grupo e cumprir prazos e metas. Inclui acesso a cursos, treinamentos, promoções, bonificações, incentivos profissionais em igualdade de oportunidades com os demais colegas, compatível com a faixa etária – d845 adaptado										
(A partir dos 16 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
6.7 Administração de recursos econômicos pessoais (transações econômicas complexas)					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Refere-se a ter controle sobre recursos econômicos pessoais obtidos por fontes públicas ou privadas para garantir a segurança econômica diante das necessidades atuais e futuras – d865										
(A partir dos 18 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

7. Domínio: Relações e Interações Interpessoais, Vida Comunitária, Social, Cultural e Política					Pontuação	Fatores Ambientais				
7.1 Interação Interpessoal					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Interagir com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada – d710 adaptado										
(A partir dos 3 anos de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
7.2. Relações com familiares e com pessoas familiares					<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 75 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 25	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>AeR</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Criar e manter relações com membros do núcleo familiar ou pessoas próximas. Participar da rotina familiar, compatível com a faixa etária – d760 adaptado										
(A partir dos 18 meses de idade)										
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

7.3. Relações em ambientes formais					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Criar e manter relacionamentos específicos em ambientes formais com professores, funcionários, profissionais ou prestadores de serviços, superiores, subordinados e pares, compatível com a faixa etária – d740					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 6 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
7.4 Relações com estranhos					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Estabelecer contatos e ligações temporárias com estranhos para fins específicos quando aplicável – d730					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 6 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
7.5 Relações íntimas					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Criar e manter relacionamentos românticos ou íntimos entre indivíduos – d770					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 18 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						
7.6. Participar de atividades da vida comunitária					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Participar em todos os aspectos de reuniões, organizações, cerimônias, associações e grupos sociais, compatível com a faixa etária – d910 adaptado					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 7 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
					<input type="radio"/> 25					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos						

**ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.**

7.7 Participar de atividades culturais, de recreação e lazer					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Participar em qualquer forma de jogos, atividade recreativa ou de lazer – d920 adaptado					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 6 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos	<input type="radio"/> 25					
7.8 Lidar com emoções e adequar o comportamento de acordo com o contexto					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Habilidade de reconhecer emoções, impulsos e fontes de estresse, e ser capaz de responder a eles nas interações, de maneira contextual e socialmente apropriada, compatível com a faixa etária - d720 e d2401 adaptados					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 7 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos	<input type="radio"/> 25					
7.9 Participar de atividades da vida política e social enquanto cidadão					<input type="radio"/> 100	<u>PeT</u>	<u>Amb.</u>	<u>A e R</u>	<u>Atit.</u>	<u>SS e P</u>
Participar, como cidadão, na vida social, política e governamental, desfrutar dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel. Exercer a cidadania – d950 adaptado					<input type="radio"/> 75					
(A partir dos 16 anos de idade)					<input type="radio"/> 50					
0 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 17 anos	18 a 59 anos	≥ 60 anos	<input type="radio"/> 25					

Fontes: Adaptado de BARROS et al. Relatório de Revisão - Revisões referentes ao Produto 11 – Documento técnico e analítico final. UNB/FCS/DSC, 2021(mimeo) e de FRANZOI et al., Acta Fisiatr. 2013;20(3):164-178.

ATENÇÃO: Instrumento ainda não validado e não regulamentado.
Proposta para discussão e novos aprimoramentos.

**ANEXO V - PARECER DE MÉDICO ASSISTENTE COMO SUBSÍDIO NA AVALIAÇÃO DE
DEPENDENTE PCD**

O(a) paciente _____
é por mim acompanhado e apresenta:

- () cardiopatia grave;
- () doença de Parkinson;
- () esclerose múltipla de curso progressivo e/ou comprometimento motor ou distúrbios orgânicos;
- () espondilite anquilosante;
- () Mal de Paget;
- () seqüela de hanseníase neuromuscular;
- () nefropatia grave;
- () neoplasia com mau prognóstico em curto prazo e/ou incurável e/ou com seqüelas do tratamento e/ou recidiva e/ou metástase;
- () SIDA/AIDS;
- () tuberculose ativa refratária aos esquemas terapêuticos existentes;
- () seqüela de tuberculose irreversível e grave;
- () hepatopatia grave;
- () fibrose cística;
- () outra: _____

Patologia de base e gravidade do quadro:

Estimativa de início da patologia:

Tratamentos propostos, com ênfase na resposta ou refratariedade terapêutica:

Prognóstico a longo prazo (em 2 anos ou mais):

Complementação:

_____/_____/_____, assinatura eletrônica ou assinatura com carimbo do(a)
médico(a) assistente

Endereço do serviço de saúde: _____

Telefone para contato: _____

E-mail para contato: _____