

Ato - SEI Nº 195, de 07 de agosto de 2026

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	POP.DGP.056	
Reconhecimento e Cadastro de Dependentes Pessoa com Deficiência - PcD	Emissão: data da assinatura	Versão: 02
	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 HU Brasil, assegurando critérios uniformes, equitativos e alinhados à legislação vigente.

2. ANEXOS

2.1. Anexo I - Laudo Médico para Dependente PcD.

2.2. Anexo II - Manual de elaboração de laudos caracterizadores de deficiência para fins de enquadramento na Lei de Cotas.

2.3. Anexo III - Diretriz de Avaliação de Dependente com Incapacidade Absoluta ou Incapacidade Laborativa Total.

2.4. Anexo IV - 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. UAP: Unidade de Administração de Pessoal.

4.5. Usost: Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

4.6. 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 de saúde descritas no Anexo II - Manual de elaboração de laudos caracterizadores de deficiência para fins de enquadramento na Lei de Cotas, ou qualquer outro documento emitido por órgão competente que venha a substituí-lo ou complementá-lo; ou

b) pessoa com condições de saúde 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 de saúde previstas em legislação municipal ou estadual, com

tipificação de deficiência, desde que ratificada por meio de avaliação biopsicossocial, através da aplicação IFBrM, em conformidade com o [Manual Orientativo sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência](#).

5.3. Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGP/Mentorh).

5.4. Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

6. CAMPOS DE APLICAÇÃO

6.1. 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.

7. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

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

Responsável: empregado(a) com dependente PcD

Atividades:

7.1.1. 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.

7.1.2. Conceder credencial de acesso ao(à) médico(a) do trabalho e enfermeiro(a) do trabalho da Usost.

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

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

Atividades:

7.2.1. Avaliar a documentação anexada ao processo.

7.2.2. Solicitar documentação complementar e/ou parecer de médico assistente, por meio do formulário SEI - Solicitação de Parecer Médico Assistente PcD, caso necessário, sugerindo, para resposta, o Anexo IV - Parecer de Médico(a) Assistente como Subsídio na Avaliação de Dependente PcD.

7.2.3. Analisar a documentação de acordo com os termos:

- a) do Anexo II - Manual de elaboração de laudos caracterizadores de deficiência para fins de enquadramento na Lei de Cotas, ou
- b) de legislação municipal ou estadual, com condição equiparada à deficiência; ou
- c) do Anexo III - Diretriz de Avaliação de Dependente com Incapacidade Absoluta ou Incapacidade Laborativa Total.

7.2.4. Solicitar aplicação do IFBrM para avaliação biopsicossocial pela Comissão de Avaliação Biopsicossocial do HUF nos casos de:

- a) Fibromialgia, fadiga crônica ou síndrome complexa de dor regional ou outras doenças correlatas;
- b) Condição equiparada à deficiência por lei municipal ou estadual.

Nota: nos casos de aplicação do IFBrM, o(a) médico(a) do trabalho ou médico(a) examinador(a) deve considerar a pontuação final do instrumento para o reconhecimento ou não da deficiência.

7.2.5. Se necessário, solicitar:

- a) avaliação presencial; e/ou
- b) avaliação por Junta Médica.

7.2.6. 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.

7.2.7. Emitir Parecer Médico Sost - Auxílio-deficiência, conforme formulário SEI, se for o caso.

7.2.8. Tramitar o processo restrito à UAP.

7.3. **Atividade 03: Cadastro de dependente e de benefício auxílio PcD**

Responsável: UAP

Atividades:

7.3.1. Cadastrar dependentes e benefícios, conforme o caso, em conformidade com o [POP.DGP.100 \(versão 2\) - Cadastro de Dependentes e de Benefícios nos Sistemas de Gestão de Pessoas \(versão 2\)](#).

7.3.2. Após cadastro, concluir processo Sei.

8. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

8.1. 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.

8.2. No âmbito da Administração Central, as atividades da Usost serão realizadas pela Coordenação Geral de Bem-estar do Trabalhador, e as atividades da UAP serão realizadas pela Coordenação Geral de Documentação, Registro e Jornada de Trabalho.

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

8.4. Os casos omissos e/ou divergentes serão analisados pela Coordenação Geral de Bem-estar do Trabalhador e/ou Coordenação Geral de Documentação, Registro e Jornada de Trabalho.

9. **REFERÊNCIAS**

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

9.2. 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

9.3. 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)

9.4. 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

9.5. 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

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

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

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

9.9. 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

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

9.11. 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

9.12. 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

9.13. 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

9.14. 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)

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
01	09/2025	Elaboração do documento
02	08/2026	Atualização de procedimentos relacionados à Fibromialgia, fadiga crônica ou síndrome complexa de dor regional ou outras doenças correlatas Referência ao Manual Orientativo sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência nos casos de aplicação do IFBrM Atualização da Atividade 03: Cadastro de dependente e de benefício auxílio PcD

Elaboração CLÁUDIA SIQUEIRA BESCH Médica do Trabalho da Coordenação-geral de Bem-estar do Trabalhador
Revisão HOSAÍAS ALVES DOS PRAZERES SILVA Coordenador Geral de Bem-estar do Trabalhador
Validação ELOÁ TODARELLI JUNQUEIRA Gerente Executiva de Desenvolvimento de Pessoas
Aprovação JOSÉ SANTANA Diretor de Gestão de Pessoas Substituto



Documento assinado eletronicamente por **José Santos Souza Santana, Diretor(a), Substituto(a)**, em 13/08/2026, às 18:50, 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 **Hosaías Alves Dos Prazeres Silva, Coordenador(a) Geral**, em 14/08/2026, às 09:25, 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 14/08/2026, às 10:25, 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 **Eloa Todarelli Junqueira, Gerente Executivo(a)**, em 17/08/2026, às 16:07, 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_acesso_externo=0, informando o código verificador **63712016** e o código CRC **E717044F**.

Referência: Processo nº 23477.011455/2025-16 SEI nº 63712016

ANEXO I – LAUDO MÉDICO PARA DEPENDENTE PCD

Ref.: POP.DGP.056

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:

() Auditiva () Física () Intelectual/Mental () Múltipla () Visual () Reabilitado

() Não caracterizo o dependente como Pessoa com Deficiência, com base na alínea ____ do item 9.1 do POP.DGP.056.

() Reavaliação em ____/____/____ ou a cada ____ anos.

() Não há indicação de reavaliação.

ANEXO I – LAUDO MÉDICO PARA DEPENDENTE PCD

Ref.: POP.DGP.056

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

**Manual de elaboração de laudos caracterizadores de deficiência para fins de
enquadramento na Lei de Cotas.**

Brasília - DF

2025



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
ENQUADRAMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E REABILITADAS	5
1. Deficiência física:	5
I. Alterações da força	5
II. Alterações Articulares	6
III. Ostomias	7
IV. Nanismo	7
V. Paralisia Cerebral.....	8
VI. Amputações, ausência ou deformidade de membros.....	8
VII. Outras alterações de segmentos corporais	10
VIII. Deformidades estéticas	10
IX. Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional ou outras doenças correlatas – Lei 15.176/2025 de 23/07/2025:	11
2. Deficiência Auditiva:	11
I. Perda bilateral parcial ou total	11
II. Perda unilateral total	11
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).....	16
III. Síndromes Epiléticas	16
6. Deficiência Múltipla	16
7. Reabilitado	16
8. Certificado de Pessoa com Deficiência	17
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO LAUDO CARACTERIZADOR	17



INTRODUÇÃO

Desde 2009, o Brasil é signatário da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a qual introduz um novo paradigma sobre o conceito de deficiência. Em consonância com esse tratado internacional, a avaliação da deficiência no país vem sendo gradualmente adaptada: do modelo tradicional, baseado exclusivamente em critérios médicos — conforme estabelecido nos Decretos 3.298/1999 e 5.296/2004 — para um modelo biopsicossocial, que considera a interação entre as limitações corporais da pessoa, as barreiras sociais e a presença (ou ausência) de apoios adequados.

Nesse novo entendimento, a deficiência não é vista como uma condição inerente ao corpo da pessoa, mas como o resultado da interação entre impedimentos físicos e o ambiente social que impõe barreiras à plena participação. Ou seja, a deficiência reflete mais a forma como a sociedade se organiza do que uma alteração no corpo individual.

Atualmente, o Brasil atravessa um período de transição entre os critérios tradicionais de avaliação da deficiência e os que serão oficialmente adotados com a regulamentação do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br), fundamentado no modelo biopsicossocial.

Nesse cenário, as políticas públicas de inclusão laboral — especialmente a Lei de Cotas, prevista no artigo 93 da Lei nº 8.213/1991 — seguem sendo fiscalizadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, por meio das ações dos Auditores-Fiscais do Trabalho, vinculados à Secretaria de Inspeção do Trabalho.

A Instrução Normativa MTP nº 2, de 8 de novembro de 2021, estabelece as diretrizes para a atuação fiscal, incluindo a fiscalização do cumprimento das cotas destinadas a pessoas com deficiência. A norma também atribui aos Auditores-Fiscais do Trabalho a responsabilidade pela análise dos laudos caracterizadores da deficiência, avaliando se o trabalhador se enquadra nos critérios exigidos para o cumprimento da cota legal. Além disso, define os elementos mínimos que devem constar nesses laudos, assegurando maior objetividade e uniformidade na caracterização.

Diante desse contexto, o presente material tem como objetivo estabelecer parâmetros técnicos objetivos para a elaboração dos laudos caracterizadores de pessoas com deficiência, a serem providenciados pelos empregadores. Esses laudos são fundamentais para a comprovação formal do cumprimento da cota legal, conforme exigido pela legislação.

As orientações aqui apresentadas visam padronizar e qualificar a documentação a ser apresentada à Auditoria Fiscal do Trabalho, assegurando que a caracterização da deficiência esteja adequada aos critérios exigidos para o enquadramento nas políticas públicas de inclusão laboral, especialmente aquelas previstas na chamada Lei de Cotas.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

Durante a fase de transição, para fins de aplicação da cota laboral, a prioridade é a análise da funcionalidade da pessoa, levando em conta as atividades que realiza, as barreiras que enfrenta e o contexto em que está inserida, conforme os princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Ressalta-se que não é necessário indicar os códigos da CIF, mas sim seguir sua lógica avaliativa, contemplando os quatro incisos do Art.2º da lei 13.146/15.

A Lei nº 13.146/2015 — conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) — estabelece:

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.

Enquanto o novo instrumento de avaliação biopsicossocial não estiver regulamentado, ainda é necessário recorrer a referências objetivas presentes em legislações anteriores. Esses critérios, no entanto, dizem respeito apenas ao inciso I do Artigo 2º da LBI, ou seja, aos impedimentos corporais. Por isso, é essencial que os laudos caracterizadores informem não apenas esses impedimentos, mas também as limitações nas atividades cotidianas, restrições na participação social e as barreiras enfrentadas.

O modelo de laudo sugerido neste documento apresenta campos de preenchimento livre justamente para acolher essas informações de forma abrangente.

É fundamental compreender que o ser humano não se reduz a um segmento corporal isolado, mas deve ser considerado em sua totalidade e no contexto de sua vida. Mesmo no que diz respeito aos impedimentos corporais, é preciso reconhecer que suas combinações resultam em distintos níveis de funcionalidade. Cada pessoa é única em suas condições corporais, experiências e contexto social. Por isso, laudos que apenas informam códigos da CID ou da CIF são insuficientes para caracterizar a deficiência de maneira adequada.

Por fim, vale destacar que o método de avaliação da deficiência aqui apresentado é transitório, devendo ser substituído quando for regulamentado e efetivamente implementado o instrumento previsto no § 2º do Artigo 2º da LBI.



ENQUADRAMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E REABILITADAS

Critérios técnicos para o laudo

1. Deficiência física:

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física. Observar que é necessário avaliar a funcionalidade, ou seja, o quanto os impedimentos corporais descritos a seguir impactam na realização das atividades do dia a dia. O que vai possibilitar o devido enquadramento é a descrição desse impactos em deslocamentos, autocuidado, lazer, trabalhos em geral, vida doméstica etc.

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**¹ 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 parcial 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 atividades do dia a dia, se for o caso.

Há algumas escalas disponíveis para a avaliação dos graus de força, conforme exemplos a seguir:

Graus de Desempenho ou Força Muscular, conforme Literatura técnica

Grau 0 – ausência de contração muscular

Grau 1 – presença de contração muscular, sem movimento

Grau 2 – movimentos com eliminação da força da gravidade

Grau 3 – movimento vence a força da gravidade

¹ 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 4 – movimento contra a força da gravidade e alguma resistência

Grau 5 – normal

Na avaliação de redução da força ou da capacidade funcional também 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 função de membros superiores ou inferiores, o que traz impactos na funcionalidade que devem ser bem descritos para permitir 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;
- 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.

Para flexão e extensão do punho, também se usa a referência do grau médio.

Há necessidade de informar impactos nas atividades do dia a dia e na participação social que a pessoa em questão vivencia.

III. Ostomias

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

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

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

IV. Nanismo

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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 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 1,45 metro e a das mulheres é menor que 1,40 metro”.

Algumas pessoas apresentam pequenas variações nessa estatura de referência, (1-2cm) ou desproporção entre as dimensões de tronco e membros e também podem apresentar limitações significativas para enquadramento.

Há necessidade de informar impactos nas atividades do dia a dia e na participação social que a pessoa em questão vivencia.

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 movimentar 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.

Há necessidade de informar impactos nas atividades do dia a dia e na participação social que a pessoa em questão vivencia

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

VI. Amputações, ausência ou deformidade de membros

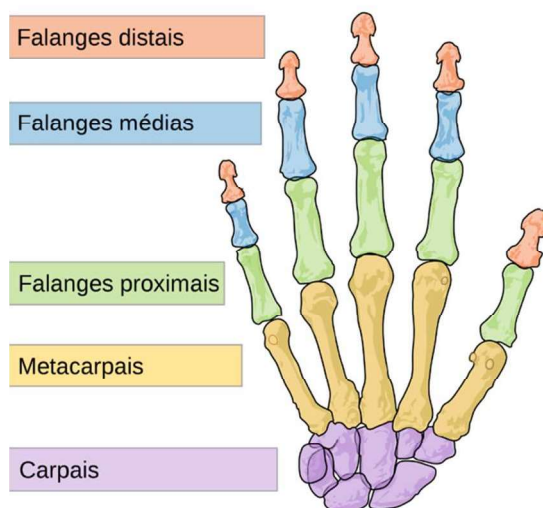
Considera-se sempre, como ponto fundamental, a existência de limitação funcional. Para que se tenha parâmetros objetivos para **amputações ou ausências ou deformidade de membros**, utilizam-se os seguintes critérios, os quais devem ser evidenciados nos laudos. Observe-se que a presença de segmento não funcional é interpretada com a mesma lógica.

Há necessidade de informar impactos nas atividades do dia a dia e na participação social que a pessoa em questão vivencia.



Membros superiores

- perda de segmento ao nível ao acima do carpo (punho)²
- perda de segmento do primeiro quirodáctilo (polegar da mão), desde que atingida a falange proximal³
- 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.

² 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

³ 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.



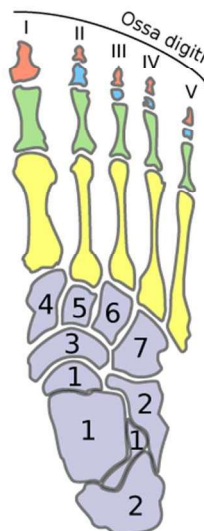
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

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 Alterações Articulares e Desempenho Muscular no início deste título);
- Encurtamentos de membros inferiores que alteram a marcha comunitária. Observe que alguns locais usam a referência de 4cm, mas pode haver diferença menor, que no conjunto com outras alterações, gera impacto na marcha e atividades da vida diária. Essas limitações serão o referencial para enquadramento, não a medida em cm;
- Alterações permanentes do aparelho fonatório (da fala) com importante prejuízo na comunicação, como aquelas advindas das fendas palatinas, principalmente classes III e IV, extração de pregas vocais. A gagueira moderada a grave, as dislalias e outros transtornos que prejudicam a comunicação do dia a dia também podem ser geradores de deficiência. Nesses casos, solicita-se um laudo fonoaudiológico que descreva a gravidade e as limitações para a comunicação do dia a dia.

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 significativa de face, crânio, perda de partes da mandíbula, queimaduras graves, tumorações em face, escalpelamentos como os que ocorrem por correias de motores de barco na região amazônica, por exemplo, podem ser enquadradas.

Há necessidade de informar impactos nas atividades do dia a dia e na participação social que a pessoa em questão vivencia.

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



MINISTÉRIO DO
TRABALHO



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

- IX. Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional ou outras doenças correlatas – Lei 15.176/2025 de 23/07/2025:

A legislação dispõe expressamente:

“Art. 1º-C. A equiparação da pessoa acometida pelas doenças de que trata o art. 1º desta Lei à pessoa com deficiência fica condicionada à realização de avaliação biopsicossocial por equipe multiprofissional e interdisciplinar que considere os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação na sociedade, nos termos do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).”

Desse modo, uma pessoa com diagnóstico de Fibromialgia e condições correlatas não é automaticamente considerada pessoa com deficiência para fins da cota prevista no Art.93 da lei 8.213/91, tendo que passar pelos mesmos procedimentos de verificação previstos nesta orientação, comprovação de limitações no desempenho de atividades e restrições de participação na sociedade que justifiquem o enquadramento como pessoa com deficiência, da mesma forma que se procede com outros impedimentos de ordem física.

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 separadamente 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, na média aritmética simples, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 4.000Hz.

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, na média das frequências 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 4.000Hz para fins de consideração de perda total da audição decorre da Orientação Técnica do Ministério do Trabalho e Emprego SIT/nº 16/2025, 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.

III. Aspectos sobre funcionamento auditivo e aferição

Conforme Marco Aurélio da Silva⁴:

⁴ SANTOS, Marco Aurélio da Silva. "A audição humana"; *Brasil Escola*. Disponível em <<https://brasilescuela.uol.com.br/fisica/a-audicao-humana.htm>>. Acesso em 05 de setembro de 2018.

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



*“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.”



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 100 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.

Em casos limítrofes, a discriminação vocal pode auxiliar na constatação da limitação da compreensão. Quando há perda auditiva bilateral, mas uma ou outra frequência não atinge o limiar de 41 dB nem a média alcançou o limiar, 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, a acuidade é pior que 20/400.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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'.⁵

Portanto, para ter deficiência visual, a pessoa deve ter acuidade visual com correção de 20/60 ou pior nos dois olhos, ou então cegueira legal declarada por oftalmologista 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° no somatório de ambos os olhos. 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 de ambos os olhos em graus, já que é um exame de difícil interpretação por outros profissionais.

A empresa deve anexar laudo oftalmológico que utilize a tabela de Snellen para avaliar acuidade visual com a melhor correção óptica, que é a 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.

⁵ 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

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.

Não há limite de idade.

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 na classificação antiga, ou nível 1 de suporte na atual, desde que inclusos no Espectro Autista, conforme critérios acima elencados, também podem entrar neste item.

Importante descrever limitações para atividades do dia a dia, associadas a **duas ou mais** habilidades adaptativas, tais como:

- i) Comunicação;
- j) Cuidado pessoal;
- k) Habilidades sociais;
- l) Utilização de recursos da comunidade;
- m) Saúde e segurança;
- n) Habilidades acadêmicas;
- o) Lazer;
- p) Trabalho.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

II. Deficiência Mental (Psicossocial)

A Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência traz a separação entre deficiência Intelectual e Mental, incluindo no campo das deficiências essa última. Nesse sentido, pode-se considerar situações como a Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e limitações psicossociais de longo prazo.

O conceito do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR) pode ser útil para avaliar quais os casos se enquadram nesse critério.

“Um Transtorno Mental é uma Síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental”

Em síntese deve existir disfunção social/ocupacional de longo prazo. Com prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, que devem estar acentuadamente abaixo do nível esperado.

O laudo deverá informar se há outras doenças associadas (comorbidades) e data de início de manifestação da doença mental, bem como as funcionalidades comprometidas. Deve-se utilizar os mesmos itens de habilidades adaptativas descritos anteriormente como referência.

III. Síndromes Epilépticas

Englobadas no código CID G40.0 temos a epilepsia em suas diversas apresentações. Há percentual significativo de apresentações, conhecidas como Epilepsias Refratárias, que não podem ser controladas mesmo com uso massivo de medicamentos e cirurgias neurológicas. Casos desse tipo cursam com rebaixamento cognitivo, limitações significativas de funcionalidade, efeitos colaterais importantes dos medicamentos, assim como ocorre nos transtornos psicóticos. Também o estigma social é fator que, acumuladamente, sugere 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 significativas decorrentes da condição e enfrentamento de barreiras sociais.

6. Deficiência Múltipla

Associação de duas ou mais deficiências. O profissional de saúde emissor do laudo deve informar 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.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

Seja qual for a doença de base e limitações funcionais à época de reabilitação, mesmo que tenha ocorrido 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.

8. Certificado de Pessoa com Deficiência

O Certificado da Pessoa com Deficiência é um documento emitido pelo INSS que comprova oficialmente a condição de pessoa com deficiência de um indivíduo. Quem possui este certificado está dispensado de passar por todo o processo de caracterização da deficiência. Para tanto, basta apresentar o laudo caracterizador da deficiência, que deve ser preenchido por um profissional de saúde de nível superior designado pela empresa, com a devida assinatura do trabalhador, concordando com sua inclusão na cota de pessoas com deficiência da organização.

Uma vez que o Certificado já atesta, para fins legais, a condição de deficiência, não é necessária a apresentação de documentos complementares específicos (como audiometria, laudo de acuidade visual, laudo de especialista, entre outros).

Nesses casos, a obrigatoriedade de preenchimento do laudo caracterizador pela empresa decorre da importância de o trabalhador passar por avaliação por um profissional indicado pelo empregador, com o objetivo de identificar eventuais limitações individuais e necessidades de adaptação no ambiente de trabalho.

Atualmente, o banco de dados do Cadastro Inclusão conta com mais de quatro milhões de pessoas. Apenas o próprio interessado pode obter o certificado, por meio do aplicativo Meu INSS ou do site do INSS, utilizando seu CPF e a senha de acesso ao portal gov.br.

Podem obter o certificado para apresentação na empresa as pessoas que:

- Já recebem o Benefício de Prestação Continuada à Pessoa com Deficiência (BPC) ou a Aposentadoria da Pessoa com Deficiência;
- Tiveram a deficiência reconhecida na última avaliação conjunta realizada pelo INSS (desde que concluída há, no máximo, dois anos), mesmo que o Benefício de Prestação Continuada tenha sido indeferido ou negado.

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 dificuldades 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, auxílio de terceiros etc.)

Em seguida, o avaliador deverá **marcar o tipo de impedimento corporal que deu origem à deficiência**. Observar que, em caso de deficiência múltipla, deve-se assinalar, descrever e apresentar os documentos comprobatórios de cada um dos impedimentos 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. Fonoaudiólogos para questões de comunicação, e assim por diante. 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 caracterizador da deficiência, 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/MTP). Observar também as mudanças impostas pela Lei 14768/2023, cujos critérios devem ser aplicados a partir de sua vigência.
- c. DEFICIÊNCIA VISUAL: além do laudo caracterizador da deficiência 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. 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 profissional de saúde deve declarar no laudo tal condição.
- d. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, DEFICIÊNCIA MENTAL (PSICOSSOCIAL), DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: além do laudo caracterizador da deficiência deve ser anexado laudo



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Inspeção do Trabalho

Coordenação Geral de Fiscalização do Trabalho e Promoção do Trabalho Decente

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 além do laudo caracterizador da deficiência preenchido, basta apresentar o certificado de reabilitação emitido pelo INSS/Previdência Social
 - g. PESSOA COM CERTIFICADO DE DEFICIÊNCIA EMITIDO PELO INSS além do laudo caracterizador da deficiência, basta apresentar o certificado obtido no “Meu INSS” e o laudo caracterizador da deficiência preenchido pelo profissional
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. **Todos os trabalhadores deverão 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**

REF.: POP.DGP.056

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 epiléticos 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;

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

- 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 graus, 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

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

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

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

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 inter-falange. Começando a flexão dos joelhos	3
Balanceio de Membros Superiores	
Balanceio correto dos dois braços	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio	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

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

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)

ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL

REF.: POP.DGP.056

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

ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL

REF.: POP.DGP.056

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:

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

- 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: lagofthalmo e/ou ectrópio; triquíase; 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.

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

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.

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

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. Histoplasmose 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 um ano;

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

- 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.

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

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.

**ANEXO III - DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO DE DEPENDENTE COM INCAPACIDADE
ABSOLUTA OU INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL**

REF.: POP.DGP.056

15. FIBROSE CÍSTICA

A fibrose cística, também conhecida como mucoviscosidose, 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.

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

REF: POP.DGP.056

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;
- () sequela de hanseníase neuromuscular;
- () nefropatia grave;
- () neoplasia com mau prognóstico em curto prazo e/ou incurável e/ou com sequelas do tratamento e/ou recidiva e/ou metástase;
- () SIDA/AIDS;
- () tuberculose ativa refratária aos esquemas terapêuticos existentes;
- () sequela 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:

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

REF: POP.DGP.056

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: _____