ANEXO 4 – CARACTERIZAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS

1. DEFICIÊNCIA FÍSICA

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

a) 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). Monoparesia1 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, 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:

- 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.

b) Alterações Articulares

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

Situações:

- redução em grau médio ou superior dos movimentos da mandíbula;
- redução em grau máximo dos movimentos do segmento cervical da coluna vertebral;
- redução em grau máximo dos movimentos do segmento lombo-sacro da coluna vertebral;
- redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações do ombro ou do cotovelo;
- redução em grau médio ou superior dos movimentos de pronação e/ou de supinação do antebraço;
- redução em grau máximo dos movimentos do primeiro e/ou do segundo quirodáctilo, desde que atingidas as articulações metacarpo-falangeana e falange-falangeana;
- 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.

c) 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).

d) 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. Conforme parecer do colega 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".

e) 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.

f) Amputações, ausência ou deformidade de membros

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

Membros superiores

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

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.

g) Outras alterações de segmentos corporais

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

- Alterações articulares ou da coluna vertebral importantes e que limitam amplitude de movimentos e são sequelas definitivas (ver quadro no início deste texto);
- Encurtamentos de membros inferiores que alteram a marcha comunitária;
- Alterações permanentes do aparelho fonatório (da fala) com importante prejuízo na comunicação, como perda de segmento de três ou mais falanges de três ou mais quirodáctilos 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 IF-Br.

h) 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, 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

É a **perda bilateral da audição**, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

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 especificação 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 neurossensorial do ouvido (as marcações aparecem como "<" e">"). O paciente é colocado em cabine acústica que o isola dos sons ambientais e usa um fone de ouvido acoplado a um pequeno microfone, através do qual ouvirá certos sons emitidos pelo examinador e deverá responder a eles mediante sinais gestuais previamente combinados (levantar uma das mãos, por exemplo). Nos exames de audiometria tonal, por via óssea, um vibrador é colocado sobre osso mastoide do examinando, que acusa as percepções das vibrações do mesmo. A escala de medida da audição é feita em decibéis e o teste normalmente varia entre zero e 120 decibéis, sendo que a audição normal ocorre até um mínimo de 25 decibéis.

Audiometria vocal

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

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

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

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

O candidato 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) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
d) ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores

O termo cegueira não é absoluto, pois reúne indivíduos com vários graus de visão residual. Ela não significa, necessariamente, total incapacidade para ver, mas, isso sim, prejuízo dessa aptidão a níveis incapacitantes para o exercício de tarefas
rotineiras. Indivíduos apenas capazes de CONTAR DEDOS a curta distância e os que só PERCEBEM VULTOS, também apresentam cegueira legal.
Mais próximos da cegueira total, estão os indivíduos que só têm PERCEPÇÃO e PROJEÇÃO LUMINOSAS. No primeiro caso, há apenas a distinção entre claro e escuro; no segundo (projeção) o indivíduo é capaz de identificar também a direção de onde provém a luz.
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'.
Portanto, para ter deficiência visual, a pessoa deve ter acuidade visual com correção de 20/60 ou pior nos dois olhos.
Quanto ao campo visual, que é a área de visão lateral, superior e inferior que se pode enxergar ao olhar em frente, a referência legal é de que seja menor ou igual a 60°.
Não é um percentual, mas uma medida de ângulos de visão.
Sendo assim, 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.
O candidato 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.

Visão Monocular

Conforme parecer CONJUR 444/11, ratificado pela Coordenação-Geral de Análise Preventiva e Sistematização do Departamento de Coordenação e Orientação de Órgãos Jurídicos da Consultoria-Geral da União da Advocacia-Geral da União, por meio do DESPACHO Nº 013/2013/MAC/CGAPS/DECOR/CGU/AGU, a visão monocular está sendo considerada para fins de cumprimento da cota, mesmo com parecer contrário do CONADE. Em 22/03/2021 foi sancionada a Lei 14.126 que classifica a visão monocular como deficiência sensorial, do tipo visual. Deixa como ressalva em seu art. 1º, § único que "O previsto no § 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), aplica-se à visão monocular, conforme o disposto no caput deste artigo".
No mesmo dia, publica-se ainda o Decreto Nº 10.654, que determina em seu Art. 2º que A visão monocular, classificada como deficiência sensorial, do tipo visual, pelo art. 1º da Lei14.126, de 22 de março de 2021, será avaliada na forma prevista nos § 1º e § 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para fins de reconhecimento da condição de pessoa com deficiência.
A visão monocular ocorre quando há cegueira, na qual a acuidade visual com melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400), visão de vultos, conta-dedos em um olho, ou cegueira legal declarada pelo oftalmologista, ou uso de prótese, ou olho enucleado ou Phthisis bulbi.
Há casos de acuidade 20/200 ou melhor, mas que, pela existência de comorbidades, como estrabismo (desvio do eixo de um dos olhos), o olho não é funcional, caso o oftalmologista informe visão monocular explicitamente no laudo, pode-se aceitar.

4. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação **antes dos 18 anos** 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 diagnóstico 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.

Déficits cognitivos originados após 18 anos

A deficiência intelectual traz como critério o início do rebaixamento intelectual antes dos 18 anos. No entanto, pessoas sofrem traumatismos cranianos, acidentes vasculares cerebrais ou outros transtornos que produzem sequelas cognitivas após 18 anos. Em função da Convenção da ONU, também devem ser acolhidas para a Inclusão no Trabalho via ação afirmativa da Lei 8213/91.

5. DEFICIÊNCIA MENTAL/PSICOSSOCIAL

a) 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:

- 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;
- padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Antes da Convenção da ONU, somente pelo Decreto 3298/99, não entravam para a cota, pois não havia um dos requisitos: "funcionamento intelectual significativamente inferior à média", definido no decreto. Foi importante haver lei específica. Autismo de alto débito, Síndrome de Asperger e outros diagnósticos entram neste item.

b) 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 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 entram aqui, já que não há clareza na legislação: Deve existir disfunção social/ocupacional por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação. Uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início do transtorno. E deve ser incurável ou crônica, dentro dos conhecimentos atuais, mesmo que haja controle dos sintomas. Importante observar que certas doenças mentais, como depressão leve/moderada, ansiedades, síndrome do pânico, podem até trazer limitações, mas como são curáveis/reversíveis, 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, para que seja possível verificar o impacto de um conjunto de impedimentos na funcionalidade da pessoa. Também assinalar as habilidades adaptativas afetadas, como para deficiência intelectual.

c) Síndromes Epilépticas

Englobadas no código CID G40.0 temos a epilepsia em suas diversas apresentações. Um percentual significativo, conhecido como Epilepsia Refratária, não pode ser controlada mesmo com uso massivo de medicamentos e cirurgias neurológicas. Casos desse tipo cursam com rebaixamento cognitivo, limitações significativas de funcionalidade, efeitos colaterais importantes dos medicamentos, assim como ocorre nos transtornos psicóticos. Também o estigma social é importante. Está sendo desenvolvido um questionário de avaliação da funcionalidade na tentativa de incluir tais casos. Por enquanto, 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. Necessário avaliar se há comorbidades enquadráveis nos demais itens até que se tenha um instrumento de avaliação.

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).

d) Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional:

A equiparação 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).

6. DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

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