



## **AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL PARA INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO TRABALHO**

Estimado colega médico (a):

Esta pesquisa é parte integrante do Projeto “A avaliação biopsicossocial para inclusão da pessoa com deficiência (PcD) no trabalho” e tem por objetivo avaliar o atual nível de conhecimento e familiaridade dos profissionais de saúde envolvidos na reabilitação e na inclusão de pessoas com deficiência (PcD), bem como identificar as principais necessidades e barreiras para adotar a avaliação biopsicossocial.

Você foi identificado (a) como um (a) profissional cuja experiência pode contribuir para este projeto. Sua participação nesta pesquisa é voluntária. O preenchimento dos dados deste questionário leva cerca de 10 minutos e suas respostas são absolutamente confidenciais e você não será identificado.

As informações obtidas serão utilizadas para a elaboração de um roteiro de avaliação biopsicossocial para médicos, que será desenvolvido e publicado pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT).

Se você tiver interesse em mais informações sobre esta pesquisa, dúvidas ou sugestões, envie um e-mail para [contato@anamt.org.br](mailto:contato@anamt.org.br), ou contate-nos pelo telefone (11) 3251-0849.

Antecipadamente, agradecemos imensamente pela sua atenção e colaboração com esta pesquisa.

### **EQUIPE ANAMT/AMB:**

Dra. Ana Claudia Fávero, Dra. Daniela Bortman, Dr. Gustavo Locatelli – Comissão Técnica de Inclusão & Diversidade da ANAMT  
Dr. Paulo Rebelo – Vice Presidente da ANAMT  
Dra. Márcia Bandini - Presidente ANAMT

## **SOBRE VOCÊ** \_\_\_\_\_

- Ano de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Gênero: **feminino | masculino | outro**
- Ano da graduação em medicina \_\_\_\_\_
- Possui especialização / residência médica concluída? **sim | não**  
Qual área?  
**Descrever.** Ano da conclusão da especialização / residência – **descrever.**
- Cidade da atuação profissional principal? (município/estado).
- Segmento econômico de atuação profissional principal  
**indústria | comércio | serviços | agronegócio | serviço público**  
**Hospitalar consultório | outros. Descrever:**
- Área de atuação profissional  
**SESMT | consultor | assessoria técnica em SST | perícia médica**  
**Hospitalar | consultório | outros. Descrever:**

## **SOBRE A AVALIAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA** \_\_\_\_\_

- Em suas atividades profissionais, você realiza avaliação médica de pessoas com deficiência?

**Não**

**Não sei**

**sim.** Sua avaliação é principalmente voltada à análise do cumprimento de candidatos (as) com deficiência nos critérios da “lei de cotas”?

**sim | não | não sei**

- Sua organização/empresa possui um prontuário específico para avaliação de PcD?

**Não**

**Sim.** Como você avalia este prontuário específico? **Excelente | bom | regular | ruim**

- Sua organização/empresa possui um modelo específico de laudo médico para concluir a avaliação de PcD?

**Não**

**Não sei**

**Sim.** Como você avalia este modelo de laudo? **Excelente | bom | regular | ruim**

- A avaliação de uma PcD em sua organização/empresa é realizada por equipe multiprofissional?

**Não**

**Não sei**

**Sim.** Quais categorias profissionais fazem parte desta equipe?

**médico (a) | enfermagem | profissional de segurança | ergonomista**

**fisioterapeuta | fonoaudiólogo/a; psicólogo/a | assistente social**

**recursos humanos | outros. Descrever:**

- O departamento de Pessoas/Recursos Humanos de sua organização/empresa possui uma política de inclusão?

**Não**

**Não sei**

**Sim**

- Em sua organização/empresa, existe acompanhamento médico periódico das pessoas com deficiência no trabalho?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- Você estabelece periodicidade diferenciada para avaliar/reavaliar pessoas com deficiência na organização/empresa, de acordo com as particularidades e necessidade de cada caso?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- Há avaliação social do contexto familiar e dos aspectos relacionados ao deslocamento casa-trabalho e acesso a instituições de assistência à saúde das pessoas com deficiência em sua organização/empresa?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- De maneira geral, como você como você avalia sua experiência na avaliação de PcD?  
**excelente | boa | regular | ruim**

- Você acredita ser importante avaliar a funcionalidade de uma PcD com vistas à inclusão na “lei de cotas”?

**Extremamente importante | importante | pouco importante | nada importante**

- Você já teve oportunidade de conhecer a Lei Brasileira de Inclusão (Lei 13.146)?

**Não**

**Não sei**

**Sim.** Como você avalia seu conhecimento sobre os requerimentos legais

relacionados à inclusão da PcD no trabalho? **Excelente | bom | regular | ruim**

- Você entende que a Lei Brasileira de Inclusão modifica os atuais critérios legais para classificação de uma deficiência?

**Sim | não | não sei**

- Você tem dificuldades para avaliar uma PcD com vistas à inclusão na “lei de cotas”?

**Não**

**Não sei**

**Sim.** Qual (is) é(são) a(s) suas principal(is) dificuldade(s)?

**Falta de conhecimento dos critérios legais**

**Dificuldade de acesso de especialista na área da deficiência**

**Falta de experiência neste tipo de avaliação**

**Desconhecimento das atividades de trabalho que serão desenvolvidas pela PcD**

**Outros - descrever**

## **SOBRE O TRABALHO**

---

- A organização/empresa para a qual você trabalha tem ou já teve um mapeamento de postos de trabalho que possam ser ocupados pela maioria das PcD?

**Não**

**Não sei**

**Sim.** Como você avalia este mapeamento? ( **muito útil, útil, pouco útil, nada útil**).

- Você considera este mapeamento inclusivo, a fim de permitir que as pessoas com deficiência possam efetivamente ser integradas ao trabalho?

**Não**

**Não sei**

**Sim**

- Você conhece os postos de trabalho para os quais precisa avaliar a capacidade de uma PcD?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- Você recebe informações sobre as atividades de trabalho que serão desenvolvidas pela PcD a qual irá avaliar?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- Você tem acesso a informações preliminares sobre fatores ambientais, organização do trabalho e os eventuais riscos relacionados ao trabalho para a posição que será ocupada pela PcD que vai avaliar?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- Você está familiarizado com o termo “adaptação razoável”?

**sim | não | não sei** *“Adaptações razoáveis” são as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais (fonte: Decreto 6.949/2009).*

- Quando você identifica que uma PcD necessita de uma adaptação razoável para exercer seu trabalho, você elabora uma recomendação ou relatório para orientar esta adaptação?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- A organização/empresa para a qual você trabalha viabiliza adaptações razoáveis para a efetiva inclusão de PcD?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- Além da adaptação nos postos de trabalho, as questões sobre Segurança e Emergência também são contempladas?

**Sempre | frequentemente | às vezes | nunca**

- Qual o número de funcionários total de sua organização/empresa, considerando-se todos os estabelecimentos?

Dentro deste número total, qual o respectivo número de funcionários com deficiência:

Física ( ) | auditiva ( ) | visual ( ) | com visão monocular ( ) intelectual ( )  
mental ( ) | deficiência múltipla ( )?

- Quantas funções existem descritas no total dos estabelecimentos da organização/empresa?
- Quantas funções apresentam funcionários com deficiência?
- Quantas não apresentam nenhum funcionário com deficiência?

## **SOBRE A AVALIAÇÃO PSICOSOCIAL**

---

- Você conhece a Classificação Internacional de Doenças (CIF), publicada pela Organização Mundial de Saúde em 2001?  
**Não**  
**Não sei**  
**Sim.** Você a utiliza para a avaliação da PcD?  
**sempre | frequentemente | às vezes | nunca**
- Você se sente familiarizado(a) com a CIF em suas avaliações?  
**muito familiarizado/a**  
**familiarizado/a**  
**pouco familiarizado/a**  
**nada familiarizado/a**
- Você já recebeu alguma orientação técnica e/ou treinamento para utilizar a CIF na avaliação da PcD?  
**Não**  
**Não sei**  
**Sim.** Como você avalia o treinamento recebido? (excelente; bom; regular; ruim). Se não, você acredita que tais orientações/ treinamento poderiam ser úteis e auxiliá-lo na utilização da CIF na avaliação da PcD?  
**sim | não | não sei**
- Você conhece o Índice Brasileiro de Funcionalidade (IFBr), atualmente em uso pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)?  
**Não**  
**Não sei**  
**Sim .** Você o utiliza para a avaliação da PcD?  
**sempre | frequentemente | às vezes | nunca**
- Você se sente familiarizado (a) com o IFBr em suas avaliações?  
**muito familiarizado/a; familiarizado/a;**  
**pouco familiarizado/a; nada familiarizado/a).**

- Você já recebeu alguma orientação técnica e/ou treinamento para utilizar o IFBr na avaliação da PcD?

**Não** Você acredita que tais orientações/ treinamento poderiam ser úteis e auxiliá-lo na utilização do IFBr na avaliação da PcD? **sim | não | não sei**

**Sim** Como você avalia o treinamento recebido? **excelente | bom | regular | ruim**

Você gostaria de acrescentar algum outro ponto que, segundo a sua opinião, é de grande importância e relevância para a avaliação das PcD?