

MEDICINA DO TRABALHO

**Dor lombar no
exame ocupacional:
como avaliar
capacidade para
o trabalho?**



Sumário

A pergunta ocupacional correta — 3

Triagem clínica antes da aptidão — 4

Reconstruir a função e o trabalho real — 5

Exame físico orientado à função — 6

Capacidade atual × demanda da atividade — 7

Três cenários de decisão — 8

Registro, seguimento e prevenção — 9

Referências científicas — 10

Conteúdo destinado a médicos. A decisão clínica deve considerar a avaliação individual de cada paciente.

1. A pergunta ocupacional correta

Dor lombar é frequente, mas o diagnóstico não determina sozinho a capacidade para o trabalho. Pessoas com achados semelhantes podem apresentar desempenhos distintos, enquanto alguém com dor relevante pode preservar funções suficientes para parte ou toda a atividade.

No exame ocupacional, a pergunta útil é: **o que este trabalhador consegue fazer diante das exigências e dos riscos concretos da função, com segurança para si e para terceiros?**

A resposta integra quatro componentes: estado clínico, capacidade funcional, demanda real da atividade e possibilidade de adequação. Intensidade da dor, imagem, histórico de afastamento ou descrição genérica de “trabalho pesado” não devem ser usados isoladamente.¹⁻⁶

Quatro conceitos que não devem ser confundidos

Diagnóstico descreve uma condição de saúde. **Aptidão ocupacional** responde à compatibilidade entre o estado atual e uma função determinada. **Nexo causal** investiga a relação entre agravo e trabalho. **Incapacidade previdenciária** tem finalidade e critérios próprios.

Uma conclusão em qualquer desses domínios não resolve automaticamente os demais.

2. Triagem clínica antes da aptidão

Antes de comparar capacidade e demanda, o médico precisa verificar se há uma condição que muda a urgência. Trauma relevante, suspeita de fratura, câncer, infecção, doença inflamatória, déficit neurológico progressivo ou síndrome da cauda equina exigem investigação e encaminhamento compatíveis com o quadro.⁵

Pergunte ativamente sobre retenção urinária ou incontinência recente, alteração sensitiva em sela, perda progressiva de força, febre, perda ponderal inexplicada, imunossupressão, trauma e história oncológica. Os achados devem ser interpretados em conjunto, não como uma lista automática.

E a imagem?

Na ausência de sinais de alarme, exames de imagem não devem ser solicitados rotineiramente apenas para “liberar” ou “impedir” o trabalho. A indicação deve depender da suspeita clínica e da possibilidade de o resultado modificar a conduta.⁵

Achados degenerativos precisam de correlação clínica. O laudo não substitui a avaliação da função, do risco e das tarefas essenciais.

3. Reconstruir a função e o trabalho real

O nome do cargo é insuficiente. A mesma função pode reunir tarefas, ritmos e exposições muito diferentes entre setores, turnos e empresas.

História clínica dirigida

Caracterize início, evolução e padrão dos sintomas; irradiação, parestesias e perda de força; episódios prévios; tratamentos; comorbidades; sono e humor; efeitos de medicamentos sobre atenção, equilíbrio ou resposta motora. Pergunte o que a pessoa consegue fazer hoje: sentar, permanecer em pé, caminhar, dirigir, agachar, subir escadas, empurrar, puxar e manejar cargas.

História ocupacional dirigida

Reconstrua a tarefa com verbos e medidas operacionais. Quais cargas são manejadas? Com que frequência, distância e condições de pega? Há flexão ou rotação repetida de tronco, postura estática, vibração de corpo inteiro, trabalho em altura, direção, operação de máquinas, pressão de tempo ou pouca autonomia? Existem pausas, ajuda de terceiros e tarefas temporariamente adaptáveis?

A Resolução CFM nº 2.323/2022 determina que a análise da relação entre saúde e trabalho considere história clínica e ocupacional, exame presencial, local e organização do trabalho, dados epidemiológicos, literatura técnica e experiência dos trabalhadores.³ A NR-17 exige avaliação ergonômica das situações de trabalho e prevê AET quando indicada.²

4. Exame físico orientado à função

O exame deve confirmar hipóteses clínicas e observar funções relevantes para a atividade. Uma bateria indiferenciada de testes produz dados, mas não necessariamente melhora a decisão.

Avalie marcha e transições posturais; força, sensibilidade, reflexos e sinais de tensão neural quando houver irradiação; equilíbrio e coordenação quando a tarefa envolver altura, máquinas ou risco de queda. A amplitude de movimento pode contribuir, mas não define capacidade de forma isolada.

Movimentos ou tarefas funcionais podem ser observados quando forem compatíveis com o ambiente da consulta e puderem ser realizados com segurança. O resultado precisa ser interpretado à luz de frequência, duração e condições reais do trabalho.

Testes funcionais complementam a avaliação, mas nenhum teste físico único demonstrou capacidade universal de prever retorno ao trabalho em pessoas com lombalgia.⁶ Fatores psicossociais, expectativas de recuperação, demandas e possibilidades de adaptação também influenciam o desfecho.⁶⁻⁸

Conheça a Pós em Medicina do Trabalho do CENBRAP

5. Capacidade atual x demanda da atividade

A conclusão deve mostrar uma comparação explícita entre o que foi observado e o que a função exige.

Matriz de decisão

Eixo	Pergunta que precisa ser respondida
Segurança clínica	Há sinal de gravidade, déficit progressivo ou condição que exija investigação antes da atividade?
Função	Quais movimentos, posturas, cargas, deslocamentos e tempos de tolerância estão preservados ou limitados?
Demanda	Quais tarefas são essenciais, com que frequência, intensidade, duração e consequência em caso de falha?
Adequação	É possível modificar temporariamente tarefa, carga, ritmo, jornada, equipamento ou posto?

Dor durante um movimento não equivale automaticamente a dano ou incapacidade. Por outro lado, tolerar uma manobra no consultório não comprova que ela possa ser repetida durante toda a jornada, sob pressão de tempo e exposição real.

A análise precisa considerar repetição, recuperação, variabilidade, margem de controle e risco para terceiros. Quanto maior a consequência de uma falha, maior a necessidade de precisão na descrição da tarefa e das funções exigidas.

6. Três cenários de decisão

Capacidade compatível com a função

Não há sinal de gravidade, e a capacidade funcional observada é compatível com as tarefas e os riscos conhecidos. Algum desconforto residual não impede, por si só, permanência ou retorno ao trabalho. Orientação para atividade, autocuidado e seguimento pode integrar a conduta.^{5,7}

Capacidade compatível mediante adequações temporárias

Existe limitação parcial e transitória, mas há tarefas seguras disponíveis. Recomendações devem ser funcionais, específicas e revisáveis, como reduzir uma exposição delimitada, permitir alternância postural ou organizar retorno gradual.

No Brasil, o ASO registra **apto ou inapto para a função**.¹ A recomendação de adequação deve seguir os documentos e canais apropriados, preservar o sigilo e ter objetivo e prazo de reavaliação. Não cabe transformar o ASO em relatório diagnóstico.

Capacidade incompatível no momento

A condição atual impede o desempenho seguro das tarefas essenciais, não há alternativa temporária viável ou existe risco relevante. A inaptidão para aquela função, naquele momento, não significa incapacidade para toda atividade, nem estabelece automaticamente nexo causal ou conclusão previdenciária.

7. Registro, seguimento e prevenção

O prontuário deve tornar o raciocínio auditável. Registre a evolução, os sinais de alarme pesquisados, os achados relevantes, as capacidades e limitações funcionais, as exigências concretas da função, as informações ocupacionais disponíveis e a comparação que sustentou a conclusão.

Inclua conduta, encaminhamentos e prazo de reavaliação. Evite restrições vagas ou mantidas por inércia. Quando houver adequação, descreva o objetivo funcional e o critério para revisão.

Checklist final

1. Pesquisei sinais de alarme e déficit neurológico?
2. Entendi as tarefas reais, e não apenas o cargo?
3. Descrevi capacidade e limitações concretas?
4. Comparei função com frequência, duração e risco das tarefas?
5. Considerei fatores psicossociais e barreiras organizacionais?
6. Verifiquei se existe adequação temporária viável?
7. Evitei usar dor, diagnóstico ou imagem como critério isolado?
8. Separei aptidão, nexos e incapacidade previdenciária?
9. Defini conduta e reavaliação?
10. Registre a justificativa no prontuário?

A NR-7 integra o PCMSO ao PGR e prevê que o programa subsidie decisões sobre afastamento, acompanhamento diferenciado e readaptação.¹ Se a consulta revela inadequações ergonômicas, o achado pode exigir revisão das medidas preventivas, avaliação ergonômica preliminar ou AET, conforme a NR-17.²

Conheça a Pós em Medicina do Trabalho do CENBRAP

8. Referências científicas

1. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR-7: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.**
2. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR-17: Ergonomia.**
3. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.323/2022.**
4. World Health Organization. **International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF.** Geneva: WHO; 2001.
5. National Institute for Health and Care Excellence. **Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59).**
6. Hurri H, et al. Functional tests predicting return to work of workers with non-specific low back pain. **Int J Environ Res Public Health.** 2023;20:5188.
7. National Institute for Health and Care Excellence. **Workplace health: long-term sickness absence and capability to work (NG146).**
8. Cullen KL, et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work. **J Occup Rehabil.** 2018;28:1–15.