

CENBRAP

EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

MEDICINA DO TRABALHO



**Depois do ASO,
quais decisões ainda
dependem do médico
do trabalho?**

Sumário

O caso não termina no ASO	3
Do achado à decisão ocupacional	4
O ciclo entre PGR e PCMSO	5
Quando um caso revela um padrão	6
Investigar o trabalho real	7
Retorno com segurança	8
Sigilo e comunicação responsável	9
Responsabilidades compartilhadas	10
Um método para a prática	11
Referências científicas	12

O caso não termina no ASO

Um trabalhador de uma linha de produção chega ao exame periódico com dor nos ombros ao final da jornada. Não há perda importante de força ou amplitude de movimento. Consideradas a função, os achados e os riscos conhecidos, a conclusão de aptidão pode ser tecnicamente adequada.

O prontuário não deveria ser arquivado sem outra pergunta. Nas semanas anteriores, outros empregados da mesma linha descreveram desconforto parecido; dois procuraram atendimento assistencial e um teve afastamento curto. A repetição pode ser casual, mas também pode indicar exposição subestimada, mudança no processo ou uma medida preventiva que funciona no documento e falha na rotina.

A aptidão se refere às tarefas e aos riscos considerados naquela avaliação. Não equivale a um certificado de saúde integral e não demonstra, por si só, que a prevenção é eficaz.¹

O PCMSO ganha valor quando os atendimentos deixam de ser episódios isolados e passam a informar a vigilância. Cabe ao médico reconhecer o padrão possível, preservar a incerteza e indicar o próximo passo.

Do achado à decisão ocupacional

Um exame alterado é um achado. O diagnóstico exige avaliação clínica. A relação com o trabalho pede análise de nexos. A aptidão considera capacidade funcional, exigências e riscos da função. Uma ação preventiva pode ser necessária antes de existir certeza sobre diagnóstico ou causalidade.

Essa separação evita dois atalhos ruins: atribuir qualquer alteração ao trabalho e esperar prova individual definitiva antes de investigar uma falha coletiva.

No caso da linha de produção, o médico precisa comparar sintomas, tarefas reais, duração da exposição, ritmo, pausas, alternância de movimentos e mudanças recentes. Também deve considerar condições clínicas e exposições não ocupacionais.

A Resolução CFM nº 2.323/2022 orienta que a análise inclua história clínica e ocupacional, organização do trabalho, dados epidemiológicos, literatura, riscos identificados e contribuições de outras disciplinas.⁵ O médico pode registrar uma hipótese e recomendar investigação sem declarar uma causalidade que os dados ainda não sustentam.

O ciclo entre PGR e PCMSO

O PCMSO parte dos riscos identificados no PGR, mas a relação não termina quando o inventário chega ao médico. Os achados de saúde também testam a qualidade daquele retrato.¹

Sintomas recorrentes, resultados concentrados ou possível exposição excessiva devem ser discutidos com os responsáveis pelo gerenciamento de riscos. A organização mantém a responsabilidade pelo GRO e pela implementação das medidas.²

PGR

registra riscos, grupos expostos e controles

PCMSO

planeja vigilância e exames coerentes com esses riscos

ACHADOS

revelam sintomas, alterações, afastamentos e tendências

REVISÃO

confronta o documento com a atividade e a prevenção real

Quando um caso revela um padrão

Uma empresa fornece protetores auditivos, treina as equipes e mantém audiometrias periódicas. Um resultado pior em relação ao exame de referência precisa de avaliação individual, mas não autoriza concluir sozinho que há doença ocupacional, inaptidão ou falha generalizada.

A decisão muda quando a série histórica mostra alterações semelhantes concentradas em uma linha. Nesse cenário, repetir exames e manter os mesmos controles é insuficiente. Vale revisar a exposição, a seleção e a atenuação do protetor, a adesão real ao uso, a manutenção dos equipamentos e mudanças na produção.

O relatório analítico deve comparar resultados por unidade, setor ou função e com o período anterior.¹ O denominador importa: três casos entre dez trabalhadores não têm o mesmo significado de três entre mil.

Dados agregados levantam hipóteses e orientam investigação. O nexo de cada trabalhador continua exigindo avaliação própria, com exposição, temporalidade, plausibilidade clínica e explicações concorrentes.⁵

Investigar o trabalho, não apenas o trabalhador

Ritmo, exigência de tempo, jornada, turnos, conteúdo da tarefa, recursos e demanda cognitiva fazem parte da organização do trabalho.³ Um questionário de sintomas pode ajudar no rastreamento, mas não substitui observar a atividade e conversar com quem a executa.

Na linha de produção, o procedimento descreve pausas e alternância. Nos períodos de maior demanda, porém, a meta leva o grupo a reduzir pausas e repetir a mesma posição. Exames individuais não explicam sozinhos essa diferença. A investigação pede ergonomia, segurança, gestão e participação dos trabalhadores.

O acompanhamento do PCMSO pode indicar a necessidade de Análise Ergonômica do Trabalho, sobretudo quando uma intervenção anterior não resolveu o problema ou os sintomas se concentram em determinada atividade.³

O médico mostra onde o padrão clínico contradiz uma explicação puramente individual. A organização decide e implementa mudanças. O resultado precisa ser acompanhado para saber se houve redução da exposição e dos agravos.

Conheça a Pós do CENBRAP

Retorno ao trabalho com segurança

Uma empregada administrativa retorna depois de período igual ou superior a trinta dias afastada por transtorno mental. O documento assistencial informa melhora, mas ela relata fadiga e dificuldade de concentração. O gestor quer saber se a rotina completa pode ser retomada.

Após ausência igual ou superior a trinta dias por doença ou acidente, ocupacional ou não, a avaliação deve ocorrer antes da reassunção e precisa definir a necessidade de retorno gradativo.¹ A decisão relaciona estado clínico, prognóstico, efeitos do tratamento, capacidade funcional, exigências cognitivas, jornada e condições concretas do posto.

Aptidão não exige ausência total de sintomas. Um plano proporcional pode prever progressão de jornada, restrição temporária de tarefas de alta exigência, critérios de avanço e data de reavaliação. Restrições amplas e sem prazo podem excluir tarefas possíveis; recomendações vagas, como “evitar estresse”, pouco ajudam a organizar o trabalho.

Intervenções que combinam cuidado, coordenação e modificação do trabalho podem reduzir o tempo perdido, embora não exista receita universal.^{8,9} O INSS mantém competência própria nas decisões previdenciárias e na reabilitação profissional.⁷

Sigilo e comunicação responsável

O prontuário ocupacional reúne informações clínicas protegidas. O ASO contém os elementos previstos na NR 7 e a conclusão de apto ou inapto; não deve virar resumo diagnóstico nem reprodução de resultados.¹

Para organizar o retorno, a gestão precisa conhecer capacidade funcional, limitações pertinentes, duração estimada e prazo de revisão. Não precisa receber diagnóstico detalhado, medicamentos em uso ou aspectos pessoais que não mudem a decisão laboral.

O sigilo não impede o uso preventivo dos dados. Tendências, hipóteses de risco e recomendações podem ser comunicadas sem identificar indivíduos.^{5,6} Em grupos pequenos, função rara, idade e afastamento podem permitir reidentificação mesmo sem nomes; nesse caso, a agregação deve ser ampliada.

Comunicar bem significa oferecer apenas a informação necessária para a finalidade legítima. A independência técnica aparece tanto na proteção da intimidade quanto na recusa de omitir um sinal relevante para a prevenção.

Responsabilidades compartilhadas

No retorno da trabalhadora, o médico identifica outros afastamentos recentes no setor depois de uma mudança de metas. A conduta proporcional é avaliar a capacidade individual, definir o plano de retorno, analisar dados agregados e recomendar revisão das condições de trabalho.⁴ Isso não autoriza entregar diagnósticos à gestão nem afirmar que a empresa causou todos os casos.

MÉDICO

julga aptidão, interpreta dados de saúde e recomenda adaptações

ORGANIZAÇÃO

responde pelo GRO, pelo PGR e pela implementação das medidas

EQUIPE TÉCNICA

aprofunda engenharia, higiene, ergonomia e segurança

TRABALHADORES E CIPA

descrevem a atividade real e ajudam a avaliar mudanças

INSS

decide matérias previdenciárias em sua competência

Um método para a prática

- 1 Os riscos registrados correspondem às tarefas observadas?
- 2 Os atendimentos se concentram por setor, função, turno ou processo?
- 3 As medidas reduziram exposição, sintomas, acidentes ou afastamentos?
- 4 O caso exige somente cuidado individual ou também revisão do PGR, AET ou busca de outros expostos?
- 5 O que precisa ser compartilhado sem expor informação clínica desnecessária?

A Pós EaD em Medicina do Trabalho do CENBRAP aprofunda a prática ocupacional e a gestão da saúde do trabalhador. Uma pós lato sensu amplia a formação acadêmica e pode te ajudar a trilhar o caminho da prática com mais segurança, para que você possa conquistar seu RQE, conforme as regras do CFM. A conclusão da pós, isoladamente, não confere título de especialista, RQE nem aprovação.

Condição do Mês do Médico: 15 parcelas de R\$ 990.

Conheça a Pós do CENBRAP

Referências científicas

- 1 Ministério do Trabalho e Emprego. NR 7, Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.
[Acessar fonte](#)
- 2 Ministério do Trabalho e Emprego. NR 1, Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais.
[Acessar fonte](#)
- 3 Ministério do Trabalho e Emprego. NR 17, Ergonomia.
[Acessar fonte](#)
- 4 Brasil. Decreto nº 127/1991. Convenção nº 161 da OIT sobre Serviços de Saúde do Trabalho.
[Acessar fonte](#)
- 5 Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.323/2022.
[Acessar fonte](#)
- 6 Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica.
[Acessar fonte](#)
- 7 Instituto Nacional do Seguro Social. Reabilitação Profissional.
[Acessar fonte](#)
- 8 Cullen KL et al. Effectiveness of workplace interventions in return to work. J Occup Rehabil. 2018;28:1-15.
[Acessar fonte](#)
- 9 World Health Organization. WHO guidelines on mental health at work. Geneva: WHO; 2022.
[Acessar fonte](#)

Conteúdo destinado a médicos. A decisão clínica e ocupacional deve considerar a avaliação individual, as condições reais da atividade e as normas aplicáveis.