

MEDICINA DO TRABALHO

Matriz RETORNO: avaliação funcional e plano de volta ao trabalho

CENBRAP EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

A pergunta certa começa depois da alta

O trabalhador chega ao exame de retorno com uma declaração de melhora, o benefício encerrado ou uma orientação do médico assistente. Esses documentos são importantes, mas não resolvem isoladamente a decisão ocupacional.

A pergunta útil é: **a capacidade funcional atual é compatível com as tarefas essenciais e os riscos concretos da função, com ou sem adaptações viáveis?**

Essa formulação evita dois atalhos. O primeiro é liberar retorno integral porque os sintomas diminuíram. O segundo é manter restrições apenas porque o diagnóstico persiste. Pessoas com o mesmo transtorno podem apresentar capacidades, efeitos adversos, demandas e riscos muito diferentes.

Para o empregado abrangido pela NR-7, o exame clínico de retorno deve ocorrer antes da reassunção das funções quando o afastamento por doença ou acidente, ocupacional ou não, tiver sido igual ou superior a 30 dias. Nessa avaliação, o médico define se há necessidade de retorno gradativo.[1]

No ASO, a conclusão formal prevista é **apto ou inapto para a função**. "Apto com restrições" não é uma terceira categoria normativa. Quando houver adequações temporárias, elas precisam ser organizadas em plano funcional separado, com conteúdo mínimo, prazo e revisão, sem expor o diagnóstico.[1,5]

> Este material é educativo para médicos. Não substitui avaliação clínica ou ocupacional individual, análise ergonômica, protocolo institucional, decisão previdenciária ou orientação jurídica para um caso concreto.

Quatro decisões que não devem ser confundidas

Decisão	Pergunta principal	Responsável e base
Assistencial	Qual é o diagnóstico, o risco clínico, o tratamento e o prognóstico?	Médico assistente
Previdenciária	Há incapacidade nos termos do benefício e do fluxo aplicável?	Previdência Social
Ocupacional	A capacidade atual é compatível com a função e seus riscos?	Médico responsável pela avaliação ocupacional
Nexo	Há relação causal ou concausal entre adoecimento e trabalho?	Investigação médico-ocupacional e fluxos legais aplicáveis

A cessação do benefício não equivale automaticamente a aptidão. A manutenção do benefício não é decisão do médico do trabalho. A alta assistencial não descreve, por si, as demandas reais da função. E a identificação de um fator psicossocial no PGR não prova nexo individual. [5,8,9,10,11]

A Resolução CFM nº 2.323/2022 exige conhecimento do ambiente, das condições e dos riscos para a emissão do ASO e para a avaliação da compatibilidade entre saúde e função.[5] Quando o nexo precisar ser analisado, história clínica e ocupacional, exame, organização do trabalho, dados epidemiológicos, literatura e informações dos trabalhadores ganham relevância.

A matriz RETORNO foi criada para manter essas perguntas separadas e transformar achados clínicos em uma decisão executável.

A ferramenta RETORNO

R — Reconstruir o trabalho real
E — Examinar a função atual
T — Testar riscos e estabilidade
O — Organizar adaptações viáveis
R — Revisar a resposta com métricas
N — Nomear comunicação e responsabilidades
O — Orientar contingência e próximo passo

A ferramenta não produz um escore. Ela organiza o raciocínio e documenta por que o retorno será integral, progressivo ou precedido por nova avaliação.

R – Reconstruir o trabalho real

O nome do cargo é insuficiente. "Atividade administrativa" pode envolver rotina previsível ou controle financeiro crítico, atendimento hostil, metas agressivas e decisões com grande consequência. Antes de concluir, reconstrua:

- jornada, pausas, turno fixo, noite e sobreaviso;
- atenção sustentada, memória operacional, julgamento e multitarefa;
- ritmo, metas, interrupções e margem de autonomia;
- interação com público, conflito, sofrimento e violência;
- trabalho isolado, direção, máquinas, altura, eletricidade ou armas;
- responsabilidade por pacientes, equipes, patrimônio ou terceiros;
- possibilidade real de supervisão, dupla checagem e apoio;
- tarefas essenciais e tarefas acessórias que podem ser temporariamente redistribuídas.

A NR-17 exige considerar organização do trabalho, normas de produção, modo operatório, exigência de tempo, ritmo, conteúdo das tarefas, meios disponíveis e aspectos cognitivos capazes de comprometer segurança e saúde.[10] Desde 26 de maio de 2026, o capítulo 1.5 vigente da NR-1 inclui expressamente os fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho entre os riscos ergonômicos abrangidos pelo GRO.[9] Exame individual, escala ou questionário isolado não substituem a avaliação das condições e da organização do trabalho.[11]

Produto desta etapa: uma descrição curta das exigências críticas, das consequências de erro e das possibilidades reais de adaptação.

E – Examinar a função atual

Escalas de sintomas podem apoiar seguimento, mas não determinam aptidão. A avaliação funcional precisa traduzir o estado clínico em desempenho observável.

Cognição aplicada

Investigue atenção sustentada, memória, planejamento, priorização e tolerância à interrupção. Conversar adequadamente na consulta não prova capacidade para sustentar horas de tarefa complexa.

Sono, vigília e ritmo

Pergunte sobre regularidade, sonolência, turnos e efeito das medicações. Sedação ganha peso em direção, máquina, altura ou responsabilidade por terceiros.

Regulação emocional e interação

Avalie tolerância a frustração, conflito, público e capacidade de pedir ajuda. O objetivo é identificar perda funcional previsível, não exigir ausência de emoção.

Energia e persistência

Observe capacidade de iniciar, manter sequência, recuperar-se após sobrecarga e sustentar a jornada. Humor pode melhorar antes de ritmo e resistência.

Confiabilidade e autocuidado

Considere comparecimento, organização, adesão, substâncias, crises recentes e apoio, sem transformar avaliação em julgamento moral.

Risco clínico atual

Ideação suicida com risco atual, psicose ou mania relevante, intoxicação ou abstinência, agitação importante, sedação incapacitante, privação grave de sono ou incapacidade de autocuidado exigem prioridade assistencial. Quando houver risco imediato, retire a pessoa de tarefa crítica e organize avaliação urgente antes de discutir progressão de carga.[13]

Conheça a Pós em Medicina do Trabalho do CENBRAP

T – Testar riscos e estabilidade

Não basta perguntar “há sintomas?”. Relacione o achado à demanda e à consequência do erro.

Achado	Demanda crítica	Pergunta de segurança
Sonolência após ajuste medicamentoso	Direção ou máquina	Há alerta confiável durante todo o período exigido?
Fadiga após duas horas de atenção	Vigilância contínua	A função admite jornada inicial menor e pausas?
Baixa tolerância a conflito	Atendimento hostil	Há supervisão, rota de apoio e exposição gradual?
Pensamento acelerado e julgamento instável	Decisão financeira crítica	Existe risco relevante de erro ou impulsividade?
Sono regular e cognição preservada	Rotina previsível	Há barreira funcional que justifique modificação?

O risco individual e o risco organizacional não são a mesma coisa. Sedação em um motorista é uma incompatibilidade pessoa-tarefa. Metas inalcançáveis, violência, baixa autonomia ou turno desorganizado podem atingir grupos inteiros e devem alimentar GRO/PGR e avaliação ergonômica.[9,10,11]

A presença de fator psicossocial no trabalho não estabelece nexo individual. Também não autoriza reduzir todo o problema a vulnerabilidade pessoal. As duas camadas precisam ser examinadas.

O – Organizar adaptações viáveis

Adaptação útil responde a uma barreira identificada. “Evitar estresse” não é executável. Um plano precisa indicar o que será modificado, por quanto tempo e como será revisto.

Possibilidades, conforme função, risco, viabilidade organizacional e regime aplicável:

Tempo e carga

- jornada inicial menor com progressão planejada;
- horário fixo ou retirada temporária de turno noturno;
- pausas breves programadas;
- menor volume, simultaneidade ou urgência;
- reintrodução gradual de tarefas;

Tarefa e suporte

- retirada temporária de tarefa crítica;
- supervisão, dupla checagem ou ponto de contato;
- instruções por escrito e prioridades mais claras;
- menor exposição inicial a público, conflito ou eventos traumáticos;
- ambiente mais previsível ou espaço reservado para pausa;
- teletrabalho ou modelo híbrido, quando compatível com a função.

A recomendação médica não altera unilateralmente jornada, contrato ou atribuições. A organização verifica viabilidade, formaliza e executa as modificações acordadas.

A OMS recomenda considerar cuidado clínico baseado em evidências, isoladamente ou combinado com intervenções dirigidas ao trabalho. Para retorno, a recomendação é condicional, baseada em evidência de baixa certeza, concentrada sobretudo em depressão e transtornos de adaptação. Intervenção laboral isolada não substitui tratamento.[2,3]

O NICE recomenda plano individualizado, escrito, monitorado e revisto. Trata-se de diretriz britânica, não de obrigação normativa brasileira.[4]

Três caminhos decisórios

Caminho	Quando considerar	O que evitar
Retorno integral	Capacidade compatível com tarefas essenciais, risco controlado e ausência de efeito do tratamento que comprometa segurança	Manter afastamento apenas pela persistência do diagnóstico
Retorno progressivo	Capacidade parcial previsível, adaptação viável e núcleo essencial seguro	Progressão sem prazo, métrica ou critério de recuo
Conclusão ocupacional com nova avaliação programada	Incompatibilidade atual, risco agudo, ausência de alternativa segura ou informação indispensável ainda não obtida	Criar uma terceira categoria vaga chamada apenas “reavaliar”

Nova avaliação deve ter objetivo, condição de retorno e data ou janela definida. Quando a incompatibilidade atual é constatada, ela produz a conclusão ocupacional cabível, apto ou inapto para a função, e não um rótulo informal.

R – Revisar a resposta com métricas

O retorno é uma hipótese aplicada à rotina real. A consulta precisa terminar com indicadores que mostrem se o plano funcionou.

Monitore, conforme o caso:

- regularidade do sono e adaptação à jornada;
- atenção, memória, erros e quase incidentes;
- fadiga e tempo de recuperação;
- tolerância a público, conflito e pressão;
- piora de sintomas ou surgimento de risco;
- faltas, atrasos e necessidade de suporte;
- implementação das adaptações acordadas;
- capacidade de ampliar horas ou complexidade;
- acesso e adesão ao cuidado clínico.

Produtividade isolada não basta. A pessoa pode estar presente e ainda apresentar sofrimento, risco ou presenteísmo. A monitorização não deve se transformar em vigilância punitiva; os indicadores existem para revisar o plano.

Sinais de falha incluem piora consistente após aumento de carga, crise recorrente, sedação incompatível com tarefa crítica, incapacidade de cumprir a etapa inicial apesar dos apoios e surgimento de risco. A resposta pode ser manter a etapa, reduzir carga, mudar a adaptação ou interromper a progressão para nova avaliação.

Não existe porcentagem, duração ou sequência universal. O plano depende da condição, função, risco, resposta e recursos disponíveis.[1,2,3,4]

N – Nomear comunicação e responsabilidades

O empregador precisa compreender o resultado ocupacional e as medidas funcionais necessárias. Em regra, não precisa receber diagnóstico, história psiquiátrica detalhada, prescrição ou conteúdo das consultas.

A NR-7 determina os elementos do ASO, mas não inclui resultados clínicos detalhados.[1] As Resoluções CFM nº 2.323/2022 e nº 2.381/2024 e o Código de Ética Médica protegem o sigilo e delimitam documentos e intercâmbio entre assistente e médico responsável pela avaliação ocupacional.[5,6,7]

Para aptidão e emissão de ASO, este material se apoia nos arts. 5º e 6º da Resolução CFM nº 2.323/2022. No PDF oficial, os arts. 10 e 12 e o § 2º do art. 15 estão assinalados como judicialmente suspensos e não fundamentam as recomendações deste e-book.[5]

Quando a integração for necessária, ela deve ocorrer com ciência e participação do trabalhador, por relatório entregue a ele ou a representante e, em contato direto, com consentimento e finalidade definida. O conteúdo proporcional pode incluir evolução, estabilidade, efeitos adversos relevantes, prognóstico funcional e limitações necessárias ao planejamento.

Compare:

- **Pouco executável:** “Paciente ainda ansioso; evitar estresse.”
- **Funcional:** “Por quatro semanas, recomenda-se turno diurno fixo, ausência de trabalho isolado e revisão antes de retomar resposta emergencial.”

O assistente acompanha tratamento e risco clínico; o médico ocupacional compara capacidade e função; a organização confirma viabilidade e executa medidas; e o trabalhador participa e comunica dificuldades.

O – Orientar contingência e próximo passo

O plano está incompleto sem resposta para a falha. Registre:

1. carga inicial, turno, dias e volume;
2. tarefas funcionalmente compatíveis e disponíveis;
3. tarefas temporariamente excluídas;
4. adaptação concreta e responsável;
5. duração e data de revisão;
6. métricas de resposta;
7. critérios para avançar, manter, recuar ou interromper;
8. próximo passo clínico e ocupacional se a hipótese não se confirmar.

Conheça a Pós em Medicina do Trabalho do CENBRAP

Matriz RETORNO preenchida: quatro cenários

Atenção curta e fadiga progressiva

Demanda: concentração contínua. **Alternativa:** jornada inicial menor, tarefas previsíveis e pausas. **Decisão possível:** retorno progressivo, se o núcleo essencial permanecer seguro e a medida for viável. **Evite:** retorno integral pela melhora subjetiva. **Revise:** fadiga, erros e recuperação antes de ampliar a carga.

Sonolência após ajuste medicamentoso

Demanda: direção ou máquina. **Alternativa:** retirada temporária da tarefa crítica, se houver trabalho seguro disponível. **Decisão possível:** manter tarefas compatíveis ou concluir incompatibilidade atual para a função. **Evite:** expor à tarefa para "testar" tolerância. **Revise:** alerta, sono e incidentes após estabilização do efeito.

Baixa tolerância a conflito

Demanda: atendimento hostil. **Alternativa:** exposição gradual, supervisão e rota de apoio. **Decisão possível:** retorno progressivo com limite e critério de avanço. **Evite:** "evitar estresse" sem plano. **Revise:** episódios de desregulação e necessidade de suporte antes de ampliar a exposição.

Função preservada

Achado: sono, atenção e organização compatíveis com rotina previsível. **Decisão possível:** retorno integral. **Evite:** restrição pelo diagnóstico isolado. **Revise:** funcionamento e sinais de recaída conforme o risco individual.

Adaptação razoável e limites jurídicos

A Lei Brasileira de Inclusão vincula a obrigação específica de adaptação razoável à pessoa com deficiência, definida por impedimento de longo prazo em interação com barreiras. A medida deve ser necessária e adequada ao caso e não impor ônus desproporcional e indevido.[12] Nem todo transtorno mental ou afastamento configura deficiência. Mesmo sem esse enquadramento, adequações temporárias podem ser indicadas por razões clínicas, ocupacionais, ergonômicas e de gerenciamento de riscos, sem que isso defina automaticamente um direito jurídico individual.

Checklist de saída da consulta

Antes de encerrar, confirme:

- [ ] Reconstruí o trabalho real e as tarefas essenciais.
- [ ] Descrevi capacidade funcional, não apenas sintomas.
- [ ] Relacionei cada barreira a uma demanda e a um risco.
- [ ] Diferenciei alta, benefício, aptidão e nexo.
- [ ] Escolhi retorno integral, progressivo ou conclusão ocupacional cabível.
- [ ] Confirmei que a adaptação é concreta e viável.
- [ ] Mantive diagnóstico e tratamento fora da circulação administrativa rotineira.
- [ ] Defini prazo, métrica, responsável e gatilho de recuo.
- [ ] Registrei o próximo passo se o plano falhar.

Referências

1. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 7: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Texto oficial.
2. World Health Organization. *WHO guidelines on mental health at work*. 2022. Acesso oficial.
3. World Health Organization; International Labour Organization. *Mental health at work: policy brief*. 2022. Acesso oficial.
4. National Institute for Health and Care Excellence. *Workplace health: long-term sickness absence and capability to work*. NG146. 2019. Acesso oficial.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.323/2022. Texto oficial.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.381/2024, alterada pela Resolução CFM nº 2.418/2024. Texto oficial.
7. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 2.217/2018, modificada. Texto oficial.
8. Brasil. Lei nº 8.213/1991, texto consolidado, especialmente arts. 19 a 23, 89 e 92. Texto oficial.
9. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-1: Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Texto oficial.
10. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-17: Ergonomia. Texto oficial.
11. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Perguntas e Respostas sobre o Capítulo 1.5 da NR-1. 1ª rodada, 30 de abril de 2026. Acesso oficial.
12. Brasil. Lei nº 13.146/2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Texto oficial.
13. World Health Organization. *mhGAP Intervention Guide*, version 2.0. 2016. Acesso oficial.