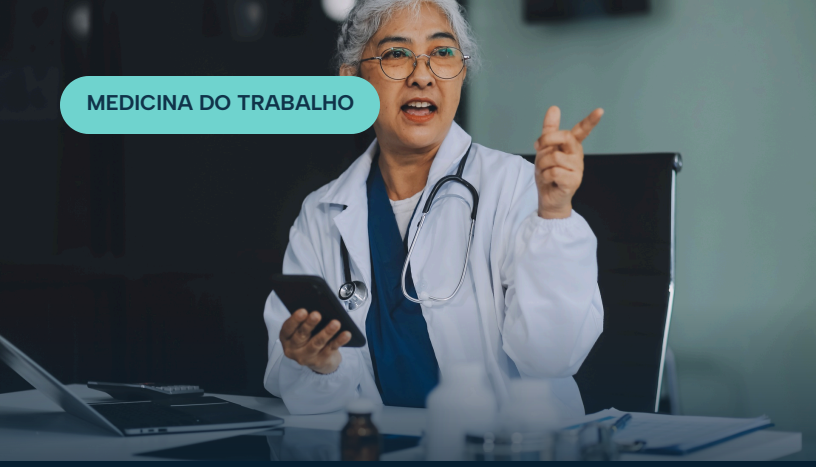


MEDICINA DO TRABALHO

Retorno ao trabalho após afastamento: capacidade funcional, restrições e adaptações laborais

CENBRAP | EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

Sumário

Decisões diferentes
Capacidade funcional
Adaptação viável
Plano em seis campos
Revisão e contingência
Trabalho real
Restrição executável
ASO e plano funcional
Caso aplicado
Referências

O retorno começa com uma comparação

Benefício encerrado, melhora clínica e relatório assistencial são informações importantes, mas não substituem a comparação entre **capacidade funcional atual, tarefas essenciais e riscos concretos**.[1,3,5,6]

> **Pergunta central:** o que a pessoa consegue fazer hoje, o que a função exige e qual modificação temporária preserva trabalho útil e seguro?

Para empregados abrangidos pela NR-7, o exame clínico de retorno ocorre antes da reassunção quando o afastamento por doença ou acidente foi igual ou superior a 30 dias. A avaliação deve definir a necessidade de retorno gradativo.[1]

Quatro decisões que não devem ser misturadas

Assistencial	Previdenciária
Diagnóstico, tratamento, risco e prognóstico clínico.	Benefício e incapacidade no fluxo aplicável.

Ocupacional
Compatibilidade entre capacidade, função e riscos.

Nexo
Relação causal ou concausal entre adoecimento e trabalho.

Uma decisão informa a outra, mas nenhuma substitui automaticamente as demais.

1. Reconstrua o trabalho real

O nome do cargo é um rótulo. Reconstrua tarefas essenciais, frequência, duração, intensidade, posturas, jornada, turnos, deslocamentos, decisões críticas, interação, máquinas, altura, direção, trabalho isolado e apoio disponível.

A Resolução CFM nº 2.323/2022 exige conhecimento das condições e dos riscos antes da conclusão sobre aptidão e da emissão do ASO.[3] Este guia se apoia nos arts. 5º e 6º. Os arts. 10 e 12 e o §2º do art. 15 estão assinalados no PDF oficial como judicialmente suspensos e não fundamentam estas orientações.

Produto desta etapa Uma descrição curta da demanda crítica, da consequência de falha e das alternativas realmente disponíveis.

2. Descreva função, não apenas sintomas

A capacidade resulta da interação entre funções do indivíduo, atividade e contexto, em linha com a Classificação Internacional de Funcionalidade.[6]

Físico Força, mobilidade, postura, equilíbrio, destreza e resistência.	**Cognitivo** Atenção, memória operacional, julgamento e simultaneidade.
Ritmo Sono, vigília, jornada, fadiga e recuperação.	**Interação** Comunicação, conflito, apoio e regulação emocional.

"Tem dor" é menos útil do que "perde desempenho em movimentos repetidos acima dos ombros". "Ansioso" é menos executável do que "mantém rotina previsível, mas perde organização sob interrupções simultâneas".

3. Da restrição vaga à restrição executável

> **Vaga:** evitar esforço, evitar estresse, trabalho leve.
> **Executável:** delimita tarefa, exposição, condição, duração, alternativa e revisão.

A restrição pode envolver postura, repetição, força, alcance, direção, máquina, altura, turno, duração da jornada, volume, multitarefa, conflito ou necessidade de supervisão. O detalhe precisa organizar o trabalho sem revelar diagnóstico e tratamento.[1,3,4]

Não existe um limite universal de peso, jornada ou duração. Parâmetros quantitativos precisam nascer da avaliação individual e da demanda real.

Conheça a Pós EaD em Medicina do Trabalho do CENBRAP

4. Desenhe uma adaptação que preserve trabalho real

Adaptação útil reduz uma barreira e mantém atividade produtiva e segura. Pode incluir progressão de jornada, alternância postural, retirada temporária de tarefa crítica, ajuste de turno, pausas, redução de simultaneidade, ferramenta auxiliar, supervisão, dupla checagem ou reintrodução gradual.[2,7,8]

A recomendação médica não altera unilateralmente contrato ou atribuições. A organização confirma a viabilidade e executa as medidas acordadas.

LimiteSe a limitação impede tarefa essencial, o risco é relevante e não existe alternativa segura, não transforme exposição inadequada ou função vazia em "adaptação".

5. Separe ASO, plano funcional e informação clínica

ASO Resultado previsto pela NR-7: apto ou inapto para a função.	**Plano funcional** Tarefas compatíveis, restrições, adaptação, prazo e revisão.
Prontuário Dados clínicos, raciocínio, diagnóstico e tratamento.	**Comunicação** Mínimo necessário para executar a medida, com sigilo.

"Apto com restrições" não é terceira categoria formal da NR-7. Medidas temporárias ficam em documento funcional separado e coerente com a conclusão ocupacional.[1]

6. Plano funcional em seis campos

1. Demanda crítica
Tarefa, frequência, duração, postura, turno e risco.

2. Capacidade atual
Funções preservadas, limitadas e efeitos do tratamento.

3. Restrição funcional
Exposição ou tarefa delimitada, sem diagnóstico.

4. Adaptação viável
Alternativa real, apoio, equipamento ou progressão.

5. Duração e responsável
Janela de aplicação, implementação e comunicação.

6. Métrica e decisão na revisão
O que fará avançar, manter, recuar ou interromper.

Quatro traduções funcionais

Movimento acima dos ombros
Delimite a tarefa suspensa, preserve atividade de bancada compatível e revise tolerância e recuperação antes da reintrodução.

Alerta instável
Afaste temporariamente direção, máquina ou outra tarefa crítica, se houver trabalho alternativo seguro, e reavalie alerta e sono.

Fadiga na jornada
Organize carga inicial, pausas e progressão; meça tolerância, tempo de recuperação e capacidade de ampliar a etapa.

Multitarefa e conflito
Comece por tarefas previsíveis, menor simultaneidade e apoio definido; revise erros, necessidade de supervisão e resposta à exposição.

7. Caso aplicado

Cenário
Técnico de manutenção após 45 dias de afastamento, clinicamente estável, mas com perda de resistência em atividade repetida acima dos ombros. A função contém bancada, ferramentas, escada e resposta emergencial.

Plano inicial possível: manter tarefas em bancada dentro da amplitude tolerada; não sustentar trabalho acima dos ombros; não subir escada carregando ferramentas; usar apoio em intervenções que exijam força ou resposta rápida; revisar tolerância, recuperação e desempenho antes de reintroduzir as tarefas suspensas.

Hipótese principal
Capacidade parcial com alternativa segura disponível.

Alternativa
Incompatibilidade atual se não houver tarefa real compatível.

Evite	Se falhar
Retorno integral pela alta ou restrição sem prazo.	Interromper progressão e rever a conclusão ocupacional.

Leitura da decisão: o diagnóstico não definiu sozinho o retorno. A conclusão nasceu da combinação entre capacidade parcial, tarefas reais, risco das atividades suspensas e existência de trabalho alternativo produtivo. Sem alternativa segura, ou diante de piora na etapa, a mesma pessoa poderia exigir outra conclusão ocupacional.

8. Monitorize a hipótese na rotina real

O plano precisa dizer como será testado. Monitore tolerância à jornada, dor e recuperação, fadiga, atenção, erros ou quase incidentes, sono, cumprimento das tarefas, necessidade de apoio e agravamento clínico. A monitorização serve à revisão, não à vigilância punitiva.

O NICE recomenda plano individualizado, escrito, monitorado e revisto. É uma diretriz britânica e não cria obrigação normativa brasileira.[7]

> **Contingência:** piora consistente, falha da adaptação ou surgimento de risco exigem manter ou reduzir a etapa, modificar a medida, interromper a progressão ou rever a conclusão ocupacional.

Produtividade isolada não demonstra segurança. O trabalhador pode cumprir volume e ainda apresentar recuperação excessiva, erros, piora clínica ou dependência crescente de apoio. A revisão precisa considerar o conjunto das métricas, a estabilidade ao longo da etapa e as consequências de eventual falha.

Checklist de saída da consulta

1. Entendi as tarefas essenciais e as consequências de falha?
2. Descrevi capacidade funcional em vez de repetir o diagnóstico?
3. Relacionei cada restrição a uma demanda concreta?
4. A adaptação preserva trabalho útil e é viável?
5. Separei ASO, plano funcional e dados clínicos?
6. Registrei duração, responsável, métrica e data?
7. Defini avanço, manutenção, recuo e interrupção?
8. Evitei tratar alta clínica ou previdenciária como aptidão automática?

Conheça a Pós EaD em Medicina do Trabalho do CENBRAP

Referências

1. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 7: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Texto oficial consolidado.
2. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 17: Ergonomia. Texto oficial consolidado.
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.323/2022. Normas específicas para médicos que atendem o trabalhador.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.381/2024, alterada pela Resolução CFM nº 2.418/2024. Emissão de documentos médicos.
5. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Planos de Benefícios da Previdência Social. Texto consolidado.
6. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Workplace health: long-term sickness absence and capability to work. NICE guideline NG146. 2019.
8. Cullen KL, Irvin E, Collie A, et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. J Occup Rehabil. 2018;28:1-15. doi:10.1007/s10926-016-9690-x.

Material educacional para médicos. Não substitui avaliação individual, análise ergonômica, decisão previdenciária ou orientação jurídica. Fontes regulatórias verificadas até 23 de novembro de 2026.