

A saúde não é um interruptor que se desliga perante a doença e volta a ligar-se quando termina uma baixa médica. O organismo humano não obedece à rigidez dos calendários administrativos, nem a recuperação física e psicológica acontece de forma linear ou previsível. Depois de uma doença prolongada, de uma intervenção cirúrgica, de um acidente ou de um período de sofrimento psicológico, regressar ao trabalho pode representar uma conquista importante, mas também um momento de particular vulnerabilidade. Entre a capacidade de voltar e a capacidade de permanecer existe uma diferença fundamental que as organizações, os profissionais de saúde e as políticas laborais nem sempre reconhecem devidamente.

O trabalho constitui uma dimensão estruturante da identidade individual, da autonomia económica e da participação social. Para muitas pessoas, regressar à atividade profissional significa recuperar rotinas, relações interpessoais e um sentimento de utilidade que a doença temporariamente interrompeu. Contudo, este regresso não deve ser interpretado como prova definitiva de recuperação. A investigação de Munir et al. (2026), centrada no apoio ao regresso sustentável ao trabalho em grandes organizações, reforça a pertinência de intervenções que considerem simultaneamente o trabalhador, as práticas organizacionais e os mecanismos de acompanhamento. A reintegração profissional não se esgota, portanto, no primeiro dia de presença física no local de trabalho.

A complexidade deste processo resulta da própria natureza multidimensional da saúde. Uma pessoa pode apresentar recuperação clínica satisfatória e continuar a sentir fadiga, dor, dificuldades de concentração, ansiedade ou limitações funcionais. Da mesma forma, dois trabalhadores com diagnósticos semelhantes podem revelar capacidades de adaptação profundamente diferentes. A idade, a gravidade da doença, as exigências profissionais, o apoio familiar, as condições económicas e o ambiente organizacional influenciam os percursos individuais. Shih et al. (2026), ao investigarem os fatores clínicos e socioeconómicos associados ao regresso ao trabalho após fraturas dos membros superiores e inferiores, evidenciam a importância de compreender a recuperação para além da lesão propriamente dita.

Esta realidade exige abandonar a ideia de que a aptidão profissional constitui uma condição exclusivamente binária, definida entre estar apto e inapto. Embora as decisões médico-legais tenham categorias próprias, a capacidade funcional deve ser compreendida em relação às tarefas concretas, aos riscos profissionais e às possibilidades de adaptação. Um trabalhador

pode não reunir condições para desempenhar imediatamente todas as funções anteriores, mas conservar competências suficientes para realizar atividades compatíveis com o seu estado de saúde. A avaliação adequada não procura apenas identificar limitações; procura reconhecer capacidades preservadas e condições que permitam uma reintegração segura.

É neste contexto que a Medicina do Trabalho assume particular relevância. A sua intervenção não deve limitar-se ao cumprimento formal dos exames de saúde ocupacional, mas integrar uma abordagem preventiva, clínica e organizacional. Cabe ao médico do trabalho avaliar a relação entre as condições de saúde e as exigências profissionais, identificar riscos associados ao regresso e, quando necessário, recomendar adaptações compatíveis com a segurança e a capacidade funcional. A investigação de Kreuger et al. (2026), dedicada à avaliação da capacidade de trabalho com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, reforça a pertinência de instrumentos que considerem o funcionamento real da pessoa no seu contexto laboral.

Contudo, nenhuma avaliação produz resultados sustentáveis se permanecer desligada da realidade quotidiana da organização. O regresso deve resultar de uma articulação efetiva entre o trabalhador, a entidade empregadora, a Medicina do Trabalho e, quando adequado e autorizado, os profissionais responsáveis pela recuperação clínica. Esta articulação exige comunicação, confiança e respeito pela confidencialidade dos dados de saúde. A empresa necessita de conhecer as restrições funcionais relevantes para organizar o trabalho, mas não deve transformar o diagnóstico clínico numa condição de exposição pessoal. A proteção da intimidade constitui uma dimensão inseparável da dignidade profissional.

As adaptações podem assumir diferentes formas: ajustamento temporário de tarefas, reorganização de horários, redução da exposição a determinados riscos, introdução de equipamentos ergonómicos ou alteração do ritmo de trabalho. Em situações compatíveis com a função, o teletrabalho ou modelos híbridos podem constituir alternativas úteis. Ducas et al. (2025), numa revisão sobre teletrabalho, absentismo, presentismo e regresso ao trabalho de pessoas com problemas de saúde, analisam precisamente esta relação, mostrando a necessidade de avaliar os efeitos destas modalidades segundo as características dos trabalhadores e das atividades. A flexibilidade pode favorecer a continuidade profissional, mas não representa uma solução universal.

O regresso após doença oncológica ilustra particularmente bem estas exigências. A

conclusão dos tratamentos não significa necessariamente o desaparecimento das suas consequências. A fadiga persistente, as alterações cognitivas, a dor e os efeitos de determinadas terapêuticas podem interferir com o desempenho profissional durante períodos prolongados. Rodríguez-Riesco et al. (2026), numa revisão sistemática sobre sobreviventes de cancro da mama, analisam os efeitos dos tratamentos na capacidade de trabalho, no absentismo e no regresso à atividade. A evidência reforça a necessidade de respostas individualizadas, capazes de conciliar recuperação, autonomia e participação profissional.

Também as perturbações musculoesqueléticas e os problemas de saúde mental exigem acompanhamento particularmente atento. Nestes casos, a pressão para recuperar rapidamente níveis anteriores de produtividade pode agravar sintomas ou comprometer a estabilidade alcançada. Lépine Lopez et al. (2026), ao estudarem instrumentos de avaliação das limitações funcionais em trabalhadores com perturbações mentais comuns ou musculoesqueléticas, sublinham a importância de identificar dificuldades específicas, em vez de presumir capacidades a partir de categorias diagnósticas gerais. O essencial não é saber apenas qual a doença, mas compreender de que forma interfere com as exigências concretas do trabalho.

A dimensão psicológica merece igualmente reconhecimento. Regressar depois de uma ausência prolongada pode despertar receio de não corresponder às expectativas, insegurança perante alterações organizacionais ou medo de sofrer uma recaída. O trabalhador pode sentir necessidade de demonstrar que continua competente, aceitando exigências superiores à sua capacidade atual. Esta situação favorece o presentismo, entendido como a permanência no trabalho apesar de condições de saúde que comprometem o desempenho ou o bem-estar. Uma organização verdadeiramente comprometida com a saúde não deve valorizar apenas a presença, mas a possibilidade de trabalhar em condições seguras e sustentáveis.

Neste processo, as chefias desempenham um papel determinante. A forma como recebem o trabalhador, distribuem responsabilidades e acompanham as dificuldades influencia a experiência de reintegração. Uma liderança sensível não significa ausência de exigência, mas capacidade de reconhecer que a produtividade sustentável depende de condições adequadas. Beerda et al. (2026), ao desenvolverem uma ferramenta destinada a apoiar pequenas e médias empresas na gestão de trabalhadores em ausência prolongada por doença, evidenciam a relevância de disponibilizar recursos práticos às organizações,

particularmente àquelas que possuem menor capacidade técnica e administrativa.

Em Portugal, esta reflexão adquire especial importância perante o envelhecimento da população ativa, a prevalência de doenças crónicas e a necessidade de preservar trajetórias profissionais mais longas. O enquadramento da segurança e saúde no trabalho, nomeadamente a Lei n.º 102/2009, na sua redação atual, estabelece responsabilidades preventivas que devem orientar a proteção dos trabalhadores. Todavia, o cumprimento jurídico representa apenas o ponto de partida. É necessário consolidar uma cultura organizacional em que a saúde ocupacional seja compreendida como investimento humano e não exclusivamente como obrigação administrativa.

A Enfermagem do Trabalho pode contribuir significativamente para esta transformação, através da educação para a saúde, da identificação de necessidades, da promoção de comportamentos preventivos e do acompanhamento articulado com a equipa de saúde ocupacional. A proximidade com os trabalhadores favorece a identificação precoce de dificuldades e a construção de respostas ajustadas, respeitando sempre as competências profissionais e a confidencialidade. Uma abordagem interdisciplinar permite transformar o regresso numa trajetória acompanhada, em vez de o reduzir a um acontecimento isolado.

Importa ainda reconhecer que uma reintegração mal preparada pode comprometer tanto a saúde individual como o funcionamento das organizações. O agravamento de sintomas, novas ausências, perda de motivação e eventual afastamento definitivo do mercado de trabalho representam consequências humanas e sociais relevantes. Pelo contrário, ambientes inclusivos, avaliações funcionais adequadas e adaptações proporcionais podem favorecer a permanência no emprego, preservar competências e reforçar a confiança entre trabalhadores e empregadores.

A saúde não é um interruptor porque recuperar não significa regressar instantaneamente ao ponto onde a vida foi interrompida. A doença pode modificar capacidades, prioridades e necessidades, sem diminuir o valor profissional ou a dignidade de quem a atravessou. O verdadeiro desafio das organizações não consiste apenas em receber novamente o trabalhador, mas em criar condições para que possa permanecer, contribuir e continuar a recuperar.

Uma sociedade que reconhece o trabalho como dimensão da realização humana não pode ignorar a vulnerabilidade de quem regressa depois de adoecer. O sucesso da reintegração

não se mede exclusivamente pela data do retorno, mas pela segurança, estabilidade e qualidade da permanência. Afinal, voltar ao trabalho não deve significar deixar a recuperação à porta da empresa. Deve significar encontrar, também no trabalho, condições para continuar a reconstruir a saúde, a autonomia e a vida.

Referências bibliográficas

Beerda, D. C. E., Schaafsma, F. G., Tamminga, S. J., et al. (2026). Assisting employers of small and medium-sized enterprises (SMEs) to support employees on long-term sick-leave: Development of a web-based SME tool using intervention mapping. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-025-10281-8>

Ducas, J., Daneau, C., Bouqartacha, S., et al. (2025). The impact of telework on absenteeism, presenteeism, and return to work among workers with health conditions: A scoping review. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1655200>

Kreuger, D. C. C., Donker-Cools, B. H. P. M., et al. (2026). Psychometric evaluation of an ICF-based instrument to assess work ability in occupational health care. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-026-10371-1>

Lépine Lopez, A., Sauve, G., & Corbière, M. (2026). Assessing functional limitations in workers with a common mental disorder or a musculoskeletal disorder: A scoping review of questionnaires. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-025-10310-6>

Munir, F., Sinclair, A., Davis, O., Dawson, J., et al. (2026). Supporting sustainable return to work in large organizations: A cluster randomised feasibility trial of a multi-level intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 23(8), Article 1030. <https://www.mdpi.com/1660-4601/23/8/1030>

Rodríguez-Riesco, L., Gil-Olarte, P., et al. (2026). The impact of oncological treatments on return to work, work ability, and sickness absence in breast cancer survivors: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-026-10447-y>

Shih, J. T., Shen, P. H., Wang, C. C., Wang, S. H., Yeh, T. T., et al. (2026). Clinical and socioeconomic factors associated with return-to-work after upper and lower limb fractures. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-27613-9>

Siukola, A., Korhonen, M., Vähätalo, L., et al. (2026). Early support in occupational health care reduced work disability risk. Occupational Medicine. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqag058>

Assembleia da República. (2009). Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro: Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (redação atual). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/102-2009-490009>