



RBFF **REVISTA BRASILEIRA DE** **FISIOTERAPIA** **FORENSE**

O DIAGNÓSTICO FÍSICO-FUNCIONAL COMO PROVA DE INCAPACIDADE LABORAL NA ERA DO ATESTMED: CONTRIBUIÇÕES DA FISIOTERAPIA FORENSE À ANÁLISE DOCUMENTAL E À PERÍCIA TRABALHISTA

The Physical-Functional Diagnosis as Evidence of Work Incapacity in the Atestmed Era: contributions of Forensic Physical Therapy to documentary analysis and labor expert examination

Ricardo Wallace das Chagas Lucas e Diretoria ABFF

RESUMO

Este artigo de revisão narrativa examina o papel do diagnóstico físico-funcional fisioterapêutico no contexto do Novo Atestmed, modalidade de análise documental para a concessão do benefício por incapacidade temporária instituída a partir da Lei nº 15.265/2025 e regulamentada pela Portaria Conjunta MPS/INSS nº 13/2026. Discute-se como a mensuração objetiva da amplitude de movimento ativa e da força — por goniometria e dinamometria — articulada à profissiografia do periciado, permite caracterizar de forma auditável a capacidade, ou a incapacidade, de execução do gesto motor exigido pela atividade laboral. Sustenta-se que a incapacidade laboral repousa em duplo fundamento: a impossibilidade de execução do gesto essencial e o risco de agravamento das deficiências físico-funcionais aferidas, este último amparado na própria definição pericial de incapacidade parcial. Conclui-se que, embora a decisão sobre o benefício permaneça ato médico-pericial no âmbito do INSS, o parecer físico-funcional constitui prova técnica complementar de elevado valor probatório, com papel substancialmente ampliado no âmbito da perícia trabalhista, em que o quesito decisivo é a aptidão para a profissiografia específica do periciado.

Palavras-chave: Fisioterapia Forense; Avaliação da Deficiência; Incapacidade Laboral; Atestmed; Classificação Internacional de Funcionalidade.

ABSTRACT

This narrative review examines the role of the physiotherapeutic physical-functional diagnosis within the context of the New Atestmed, a documentary-analysis modality for granting the temporary incapacity benefit established under Law No. 15.265/2025 and regulated by Joint Ordinance MPS/INSS No. 13/2026. It discusses how the objective measurement of active range of motion and strength — through goniometry and dynamometry — articulated with the claimant's job profile, enables an auditable characterization of the ability, or inability, to perform the motor gesture required by the occupational activity. It is argued that work incapacity rests on a twofold basis: the impossibility of performing the essential gesture and the risk of aggravation of the assessed physical-functional impairments, the latter supported by the very expert definition of partial incapacity. It concludes that, although the decision on the benefit remains a medical-

expert act within the INSS, the physical-functional report constitutes complementary technical evidence of high probative value, with a substantially expanded role in labor expert examination, in which the decisive question is fitness for the claimant's specific job profile.

Keywords: *Forensic Physical Therapy; Disability Evaluation; Work Incapacity; Atestmed; International Classification of Functioning.*

1. INTRODUÇÃO

A concessão de benefícios por incapacidade no Brasil atravessa uma reconfiguração estrutural de método e de prova. O modelo historicamente ancorado na perícia médica presencial vem cedendo espaço a fluxos de análise documental remota, em uma transição que reduz filas, descentraliza etapas do processo e, sobretudo, desloca o centro de gravidade da decisão para a qualidade técnica dos documentos apresentados. Nesse cenário, a pergunta que orienta este trabalho deixa de ser quem detém o monopólio do exame e passa a ser qual prova técnica sustenta, de forma objetiva e auditável, a existência da incapacidade laboral.

A Fisioterapia, enquanto ciência do movimento humano e da funcionalidade, ocupa posição privilegiada para responder a essa pergunta no que tange ao componente físico-funcional da incapacidade. O fisioterapeuta é o profissional legalmente habilitado a elaborar o diagnóstico dos distúrbios físico-funcionais, mensurando, com instrumentos próprios e padronizados, as deficiências de estrutura e de função que constituem a matéria-prima do gesto motor. Quando esse gesto é confrontado com as exigências concretas da atividade laboral — a profissiografia do periciado —, abre-se a possibilidade de uma conclusão técnica robusta sobre a aptidão, ou inaptidão, para o trabalho específico.

Este artigo discute o papel do diagnóstico físico-funcional no contexto do Novo Atestmed, delimitando com rigor o que o parecer fisioterapêutico pode afirmar em cada cenário — a análise documental previdenciária e a perícia judicial trabalhista — e fundamentando, com base normativa e instrumental, por que a mensuração físico-funcional constitui prova de incapacidade laboral de alto valor probatório.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de revisão narrativa, de caráter exploratório e não sistemático, destinada a integrar e discutir criticamente fontes normativas, técnicas e científicas relativas ao tema. Foram consultadas: a legislação previdenciária federal e suas alterações recentes; os atos normativos do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) pertinentes ao diagnóstico fisioterapêutico; o referencial da Organização Mundial da Saúde sobre funcionalidade e incapacidade; e a literatura técnico-científica sobre dinamometria, goniometria, ergonomia ocupacional e conceituação pericial de incapacidade laboral. A seleção das fontes priorizou documentos oficiais e originais, complementados por literatura de apoio, com o objetivo de sustentar a argumentação sem pretensão de exaustividade ou de meta-análise.

3. O NOVO ATESTMED: BASE LEGAL E A VIRADA DA ANÁLISE DOCUMENTAL

O benefício por incapacidade temporária está disciplinado, em sua matriz, pelo art. 60 da Lei nº 8.213/1991. A Lei nº 15.265, de 21 de novembro de 2025, alterou esse dispositivo e inseriu o § 11-A, que passou a admitir a realização do exame médico-pericial por tecnologia de telemedicina ou por análise documental, conforme situações e requisitos definidos em regulamento. A mesma lei fixou, no § 11-F, o

teto de trinta dias para o benefício concedido exclusivamente por análise documental, prevendo, no § 11-G, que durações superiores ficam sujeitas à perícia presencial ou por telemedicina, e autorizando, no § 11-I, que o prazo do § 11-F seja excepcionalizado por ato do Poder Executivo, de forma justificada e por prazo determinado.

Foi justamente essa autorização legal que pavimentou a regulamentação subsequente. A Portaria Conjunta MPS/INSS nº 13, de 23 de março de 2026, instituiu o chamado Novo Atestmed e, valendo-se da faculdade de excepcionalização, ampliou para até noventa dias o prazo máximo do benefício concedido por análise documental. Mais relevante do que a extensão do prazo, contudo, é a mudança qualitativa de natureza da análise: o que antes se limitava à verificação de conformidade formal do atestado — legibilidade, presença de CID, assinatura e prazo — passou a constituir uma avaliação médico-pericial fundamentada nos fatos, nas evidências e nos documentos apresentados pelo requerente, podendo o perito, inclusive, fixar a data de início e a duração do benefício de modo diverso do indicado pelo médico assistente, desde que fundamente sua decisão.

No mesmo movimento normativo, a Portaria Conjunta MPS/INSS nº 15/2026 estabeleceu triagem documental para o auxílio-acidente e admitiu, de forma expressa, a apresentação de documentos complementares — incluindo laudos, exames de imagem, relatórios e outros elementos comprobatórios. Duas consequências se impõem. A primeira é que a decisão sobre a incapacidade, no âmbito do INSS, permanece ato médico-pericial federal: não há, aqui, deslocamento de competência. A segunda, decisiva para o presente estudo, é que o sistema passou a recompensar a robustez documental — quanto mais objetiva e tecnicamente fundamentada a prova da limitação funcional, maior a probabilidade de reconhecimento da incapacidade já na análise documental.

4. O DIAGNÓSTICO FÍSICO-FUNCIONAL COMO PROVA TÉCNICA

A competência do fisioterapeuta para o diagnóstico não é nova nem acessória. O Decreto-Lei nº 938/1969 estabeleceu o movimento humano como objeto da profissão, e a Resolução COFFITO nº 80/1987 definiu o diagnóstico fisioterapêutico precisamente como avaliação físico-funcional — o processo pelo qual, por metodologias e técnicas próprias, analisam-se os desvios físico-funcionais intercorrentes na estrutura e no funcionamento do indivíduo, parametrando-se as alterações em relação aos graus de normalidade. Mais recentemente, a Resolução COFFITO nº 555/2022 instituiu a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), estruturada sobre o modelo biopsicossocial e alinhada à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde, contemplando tanto os domínios de função e estrutura do corpo quanto os de atividade e participação.

Desse arcabouço decorre a delimitação correta do papel do parecer físico-funcional no Atestmed. O documento não substitui o atestado médico que serve de base ao requerimento, nem concede benefício de forma autônoma; ele se incorpora ao conjunto probatório como documento complementar, expressamente admitido pela regulamentação. É indispensável distinguir dois planos que a linguagem cotidiana frequentemente confunde: de um lado, a capacidade físico-funcional para a execução do gesto motor, que é objeto próprio e pleno da avaliação fisioterapêutica; de outro, a decisão sobre a incapacidade para fins de concessão do benefício previdenciário, que, no INSS, é atribuída ao perito médico federal. O parecer físico-funcional caracteriza a incapacidade funcional que fundamenta a decisão — não a profere. Essa distinção, longe de enfraquecer a contribuição da Fisioterapia, é o que a torna juridicamente inatacável no âmbito administrativo previdenciário.

5. A MENSURAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL COMO DETERMINANTE OBJETIVO DO GESTO LABORAL

O valor probatório do parecer fisioterapêutico repousa na objetividade de sua propedêutica (semiologia e semiotécnica). A amplitude de movimento e a força não são achados acessórios: são componentes constitutivos do gesto motor. Sua mensuração transforma a alegação genérica de limitação em dado quantitativo, reproduzível e auditável.

- **Goniometria.** A goniometria é a técnica de referência para a mensuração da amplitude de movimento articular, amplamente utilizada na clínica fisioterapêutica e descrita na literatura quanto a sua aplicabilidade e confiabilidade. Para a finalidade pericial, importa a distinção entre amplitude ativa — aquela que o próprio examinado realiza pelo recrutamento de sua musculatura — e amplitude passiva — produzida pelo examinador. É a amplitude ativa que expressa a capacidade real de execução do movimento sob comando voluntário e, por isso, é o parâmetro determinante na avaliação do impacto funcional de uma deficiência sobre a tarefa.
- **Dinamometria.** A dinamometria, em especial a de preensão palmar, fornece estimativa válida e confiável da força e funciona como índice de integridade funcional do membro superior. Sua aplicação ao contexto ocupacional é consolidada: estudos com trabalhadores correlacionam a força de preensão à capacidade funcional para tarefas manuais e à demanda das diferentes ocupações, o que a torna instrumento particularmente adequado para confrontar a aptidão do periciado com as exigências de sua função.
- **Profissiografia.** A mensuração isolada não conclui nada sobre o trabalho; é o cruzamento com a profissiografia que produz a inferência pericial. A análise das exigências físicas da atividade — por meio de instrumentos da ergonomia, no marco da Norma Regulamentadora nº 17 — descreve as tarefas reais executadas e seus riscos biomecânicos, como carga, repetição e postura. Confrontados o déficit físico-funcional aferido e a demanda biomecânica do posto, o fisioterapeuta conclui, com base própria, se o periciado reúne ou não condições de executar o gesto motor essencial e insubstituível daquela função na data da avaliação.

Esse encadeamento — mensuração objetiva, leitura em linguagem da CIF e confronto com a profissiografia — constitui, provavelmente, o substrato mais objetivo e verificável de todo o processo pericial em saúde, e é território próprio da Fisioterapia.

6. O DUPLO FUNDAMENTO DA INCAPACIDADE: IMPOSSIBILIDADE E AGRAVAMENTO

A incapacidade laboral (na CIF compreendida nominalmente como limitações de atividades laborais) não decorre de um único mecanismo. Dois fundamentos, autônomos e suficientes por si sós, podem caracterizá-la.

O primeiro é a impossibilidade de desempenho: o periciado não consegue executar o gesto motor essencial da função, porque o déficit de amplitude ou de força inviabiliza a tarefa. O segundo, frequentemente subvalorizado, é a contraindicação por risco de agravamento: ainda que o periciado consiga executar o gesto, ele não deve fazê-lo, porque a demanda biomecânica da função, aplicada sobre sua condição estrutural e funcional atual, projeta a progressão do dano.

O segundo fundamento encontra lastro na própria definição pericial de incapacidade. O **Manual de Perícia Médica da Previdência Social** conceitua a incapacidade parcial como o grau que ainda permite o desempenho da atividade sem risco de vida ou de agravamento maior. Por interpretação a contrario sensu, havendo risco de agravamento, a hipótese deixa de ser de incapacidade parcial: configura-se a incapacidade **total** para aquela função. Recomendar a permanência do trabalhador em atividade que

comprovadamente agrava sua condição contrária, ademais, o próprio dever de proteção da saúde que orienta o ato pericial.

Aqui reside uma contribuição distintiva da Fisioterapia. O conceito de agravamento não é exclusivo da área — a medicina do trabalho também o emprega —, mas o fisioterapeuta dispõe do instrumental para quantificar a relação entre a demanda do gesto e a progressão do déficit físico-funcional, substituindo a afirmação genérica de que o trabalho agrava por uma demonstração mensurada: dada a amplitude e a força aferidas, sob a carga, a repetição e a postura exigidas pela profissiografia, projeta-se o agravamento da estrutura comprometida. Convém, por fim, não confundir dois tempos distintos: o agravamento prospectivo — risco futuro caso o periciado permaneça no trabalho, que fundamenta a incapacidade atual — não se confunde com a concausa, que diz respeito à contribuição pretérita do trabalho para o dano já instalado. São eixos diversos e devem ser tratados separadamente na fundamentação.

7. O RECORTE UNIPROFISSIONAL E O PROGNÓSTICO

A precisão terminológica é condição de validade da conclusão pericial. A incapacidade laboral classifica-se, quanto ao grau, em parcial ou total; quanto à duração, em temporária ou permanente; e, quanto à abrangência profissional, em uniprofissional, multiprofissional ou omni-profissional, conforme alcance, respectivamente, uma atividade específica, um conjunto de atividades afins ou toda e qualquer atividade laborativa.

EIXO	CATEGORIAS	O QUE DEFINE
Grau	Parcial / Total	Intensidade do comprometimento; total = impossibilidade de permanecer na função
Duração	Temporária / Permanente	Prognóstico de recuperação dentro de prazo previsível ou insuscetibilidade de recuperação
Abrangência	Uni / Multi / Omniprofissional	Alcance do veto: uma função, um conjunto de funções afins ou toda e qualquer atividade

No âmbito da perícia trabalhista, o quesito decisivo costuma ser a aptidão do periciado para a função que efetivamente exercia — vale dizer, uma indagação de natureza uniprofissional. É nesse recorte que a contribuição do diagnóstico físico-funcional opera com força máxima: o fator de veto é específico à profissiografia analisada. Quando o gesto essencial da função é inviabilizado pelo déficit, ou quando sua execução projeta o agravamento da deficiência, caracteriza-se a incapacidade total para aquela função — total no sentido uniprofissional, e não no sentido de inaptidão para todo e qualquer trabalho.

Essa delimitação, longe de enfraquecer o laudo, reforça-lhe a autoridade. Afirmar a incapacidade total para a função específica não equivale a declarar o periciado inválido para toda atividade; ao contrário, mantém aberta, quando cabível, a via da readaptação e da reabilitação profissional. O reconhecimento honesto do alcance da conclusão sinaliza ao julgador que o perito não inflou o resultado — e é precisamente esse rigor que confere credibilidade à peça.

Quanto à duração, o fisioterapeuta sustenta com solidez o prognóstico físico-funcional e de reabilitação: a reversibilidade, ou não, do déficit aferido. A incapacidade tende a ser temporária enquanto houver expectativa concreta de recuperação dentro de prazo previsível, e tende a tornar-se permanente após a consolidação das lesões, quando o que era recuperável já se recuperou e remanesce a sequela insuscetível de reversão com os recursos terapêuticos e reabilitacionais disponíveis à época da avaliação. Cabe a ressalva técnica de que a irreversibilidade definitiva, quando dependente da evolução da doença de base, ganha robustez quando construída em chave multiprofissional.

8. APLICAÇÕES NA PERÍCIA TRABALHISTA

A tradução prática desses fundamentos pode ser ilustrada por situações típicas da Justiça do Trabalho. Os exemplos a seguir são hipotéticos e meramente demonstrativos, destinados a evidenciar o raciocínio pericial, sem correspondência a casos concretos.

- **Distúrbios osteomusculares em atividade repetitiva.** Em uma função de linha de produção que exige preensão e repetição contínua, a redução documentada da força de preensão palmar por dinamometria, associada à demanda de repetitividade descrita na profissiografia, permite concluir pela incapacidade para a função específica — seja pela impossibilidade de sustentar o gesto ao longo da jornada, seja pelo risco de agravamento do quadro caso a atividade seja mantida.
- **Lesão de ombro em função com elevação.** Em atividade que demanda elevação repetida dos membros superiores acima da linha dos ombros, a restrição de amplitude ativa de flexão e abdução, aferida por goniometria, confrontada com a exigência do posto, fundamenta a inaptidão para o gesto essencial, ainda que outras tarefas permanecessem viáveis.
- **Lombalgia e manuseio de cargas.** Em função que envolve levantamento e transporte manual de cargas, o comprometimento físico-funcional do tronco, somado à demanda biomecânica de carga descrita na análise ergonômica, sustenta a contraindicação por agravamento, eixo que, por si só, caracteriza a incapacidade para aquela atividade.

Em todos os casos, o diagnóstico físico-funcional responde de modo objetivo aos quesitos centrais da perícia: a existência e o grau da deficiência, sua repercussão sobre o gesto laboral específico, a caracterização da incapacidade e seu caráter temporário ou permanente — sempre lastreado em medidas reprodutíveis e na profissiografia do periciado.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O **Novo Atestmed**, ao converter a análise documental em avaliação fundamentada em evidências, valoriza a prova técnica funcional e amplia o **espaço legítimo** do diagnóstico **físico-funcional fisioterapêutico** no enfrentamento das questões de incapacidade. No âmbito previdenciário, esse diagnóstico atua como documento de elevado valor probatório, sem deslocar a competência decisória do perito médico federal. No âmbito da perícia trabalhista, em que o quesito é a aptidão para a profissiografia específica, a conclusão físico-funcional assume papel determinante sobre o eixo da funcionalidade.

Sustenta-se, ao cabo, que a incapacidade laboral repousa em duplo fundamento — a impossibilidade de execução e o risco de agravamento — e que ambos podem ser demonstrados de forma objetiva pela mensuração da amplitude ativa e da força, confrontadas com a demanda do trabalho. Esse é o diferencial técnico que a Fisioterapia oferece à perícia em saúde: não a posse exclusiva de conceitos, mas a profundidade e a auditabilidade da demonstração.

É nesse rigor — e não na retórica — que se consolida o reconhecimento da Fisioterapia Forense no cenário das perícias em saúde no Brasil, sendo legítima sua contribuição no **Atestmed**.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Brasília, 1969.
- BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Brasília, 1991.
- BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, 2013.
- BRASIL. Lei nº 15.265, de 21 de novembro de 2025. Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, quanto ao exame médico-pericial por telemedicina e por análise documental. Brasília, 2025.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social; Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta MPS/INSS nº 13, de 23 de março de 2026. Disciplina o exame médico-pericial por análise documental para o benefício por incapacidade temporária. Brasília, 2026.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social; Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta MPS/INSS nº 15, de 23 de março de 2026. Dispõe sobre a análise documental no auxílio-acidente. Brasília, 2026.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Manual de Perícia Médica da Previdência Social. Brasília.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 17 — Ergonomia.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 80, de 1987. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8 relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37 (diagnóstico fisioterapêutico / avaliação físico-funcional). Brasília, 1987.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 465, de 20 de agosto de 2016. Regulamenta a prática da Fisioterapia na Saúde do Trabalhador. Brasília, 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 555, de 2022. Institui a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF). Brasília, 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF). Brasília, 2024.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS.
- BATISTA, L. H. et al. Avaliação da amplitude articular do joelho: correlação entre as medidas realizadas com o goniômetro universal e no dinamômetro isocinético. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 10, n. 2, p. 193-198, 2006.
- DIAS, J. A. et al. Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, v. 12, n. 3, p. 209-216, 2010.
- REIS, M. M.; ARANTES, P. M. M. Medida da força de preensão manual: validade e confiabilidade do dinamômetro Saehan. Fisioterapia e Pesquisa, v. 18, n. 2, p. 176-181, 2011.
- PASCHOETO, L.; LUCAS, R. W. C. Prejuízo dos exames admissionais para a Justiça do Trabalho: uma análise sob a perspectiva da fisioterapia forense. RBFF — Revista Brasileira de Fisioterapia Forense, v. 1, n. 3, jun. 2025.

Contato – fisioterapiaforense@fisioterapiaforense.com.br