

A grávida e o trabalho

*Por Angelo Guedelha**



* Presidente da Regional Vale do Paraíba. Tocoginecologista, médico do trabalho e ultrassonografista.
Professor convidado da Pós-Graduação de Medicina do Trabalho da Universidade de Taubaté (Taubaté, SP)

Os obstetras, ainda nos dias de hoje, são considerados pela sociedade, e até mesmo por outros colegas, como meros “parteiros”. No entanto, além do domínio amplo da arte cirúrgica, deve-se dar ao pré-natal sua devida importância, pois a adequada assistência a essa fase da vida da mulher resulta, a longo prazo, na formação de pessoas física e mentalmente capazes, úteis e produtivas.

Cabe aos empregadores a obrigação legal de garantir um ambiente de trabalho seguro e saudável para as empregadas grávidas ou não, embora, muitas vezes, eles desconhecem as implicações que os riscos ocupacionais podem ter na gravidez. Dessa forma, o aconselhamento do obstetra bem como do médico do trabalho pode minimizar os riscos à saúde para as trabalhadoras grávidas e lactantes. Para tal, o obstetra deve conhecer profundamente as adaptações do organismo materno, a fisiologia das doenças próprias da gravidez e suas possíveis intercorrências, e, ainda, levar em conta fatores não menos importantes, porém, muitas vezes, relegados a segundo plano, como os fatores psíquicos e emocionais da grávida, os fatores sociais, os riscos ocupacionais e os riscos inerentes ao cotidiano, tais como alimentação, atividade física, hábitos sociais, etc.

Existe um conceito arraigado em nossa cultura de que “gestação não é doença”; no entanto, quando se avaliam criteriosamente as repercussões de determinados aspectos da atividade laboral, fica claro que essa premissa deve ser repensada. Essa mensagem pode ser reforçada, mas levando-se em conta as mudanças e adaptações no organismo da grávida e os riscos para a gestação, a fim de tomar medidas médicas adequadas para lidar com quaisquer sintomas de saúde relacionados à gravidez, considerando-se, sempre, os impactos das características do trabalho e das profissões, a pressão psicológica e a exposição ocupacional a riscos. Sintomas relacionados com a gravidez podem piorar em função das condições de trabalho, e alguns riscos específicos podem causar danos à gestação, como malformações fetais, antecipação do parto, fetos pequenos para a idade gestacional e doença hipertensiva da gestação, entre outros.

Esforços físicos, levantar ou carregar peso, subir e descer escadas, caminhar por longos períodos, permanecer em pé ou sentada, e longos períodos de trabalho estático podem não ser compatíveis com o estado gravídico. Da mesma forma, a exposição a produtos químicos diversos e a agentes físicos (calor, ruído e radiações) e biológicos pode comprometer a saúde da gestante e o desenvolvi-

mento do feto. Outros fatores também podem ter repercussões negativas na gestação, como carga horária, trabalho noturno e em turnos, o quase sempre subestimado trabalho doméstico, além da pressão psicológica que está cada vez mais presente nesse contexto.

Apesar da extensa bibliografia e do grande número de grávidas no mercado de trabalho, pouco se conhece a respeito das repercussões mútuas do binômio trabalho-gravidez. Os obstetras são inquiridos com frequência pelas suas pacientes sobre os riscos e as dificuldades no desempenho de sua profissão. O que se observa é que as recomendações fornecidas, na maioria das vezes, se baseiam em generalidades e em crenças sociais e culturais, sem qualquer suporte técnico ou científico. Devemos, também, levar em consideração que a maioria dos médicos do trabalho e dos peritos previdenciários pode não ter conhecimentos profundos sobre as adaptações anatômicas, funcionais e emocionais do organismo materno, o que pode tornar diferente a execução da mesma ocupação pela grávida em relação a seu estado pré-gravídico.

A interferência do trabalho na evolução da gestação e da gestação na execução de tarefas laborais se deve à influência direta de múltiplos fatores. Assim, não se deve entender o trabalho como carga isolada. Na verdade, é um fator complexo, com vários componentes inter-relacionados, uns ligados ao tipo de trabalho executado e outros, às adaptações do organismo materno e às características biopsicossociais da grávida. Considere-se ainda que os afazeres domésticos e as atividades físicas rotineiras e recreacionais podem demandar gasto de energia maior que muitas das ocupações exercidas. Mesmo com essas restrições, a análise mais cuidadosa dos trabalhos compilados permite que sejam feitas considerações sobre as repercussões mútuas e que algumas normas de conduta sejam sugeridas.



■ PROTEÇÃO LEGAL E DIREITOS DA GESTANTE

A partir da Revolução Industrial, iniciada em meados do século XVIII, as doenças ocupacionais começaram a chamar a atenção da comunidade científica. Naquela época, as condições de trabalho eram absolutamente insalubres, o turno de trabalho chegava a 16 horas diárias e a força de trabalho era composta quase que exclusivamente por mulheres e crianças. O interesse dos médicos nas doenças relacionadas ao trabalho voltou a ganhar ênfase entre o final do século XIX e o início do século passado, quando algumas ideias a respeito do assunto passaram a ganhar destaque ao mesmo tempo em que algumas condições laborais começaram a ser imputadas como possíveis causas de infortúnio obstétrico.

Esses conceitos rudimentares perduraram até meados do século XX, amparados em resultados de estudos inadequadamente conduzidos, que associavam, de forma simplista, o desempenho de algumas ocupações ao desfecho infeliz de algumas gestações. Somente por volta de 1960 surgiram trabalhos que passaram a considerar mais especificamente algumas complicações obstétricas, mas ainda não abordavam a relação das ocupações e seus riscos específicos na gênese do problema.

A partir de 1970 até os dias atuais houve um incremento das publicações científicas sobre o tema, a maioria dos trabalhos conduzidos por universidades da América do

Norte, sobretudo as do Canadá, país que vem se destacando no trato das questões que envolvem saúde, meio ambiente e trabalho, e de alguns países europeus, destacando-se a Itália e o Reino Unido. A partir da segunda metade do século passado, houve uma expansão mundial do trabalho feminino, e isso reflete o aumento das publicações médicas sobre o assunto. Dados dos últimos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2013, demonstram que as mulheres representam 51% da força de trabalho, e que 59% das mulheres com mais de 18 anos de idade trabalham. Tomando-se por base a taxa de fertilidade global brasileira, que, em 2015, era de 14 por 1.000, estima-se que cerca de 2.800.000 mulheres engravidem anualmente.

A proteção ao trabalho da gestante veio se consolidando ao longo do tempo. No Brasil, a legislação passou a tratar do tema a partir do início do século XX, quando nosso País passou a ratificar as recomendações da Organização Internacional

do Trabalho (OIT), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) que trata das questões trabalhistas. A Lei 1.596/1917 foi a primeira a tratar da proteção à gestante, determinando que ela não poderia trabalhar no último dia da gravidez e no primeiro dia após o parto.

A Convenção nº 3 da OIT, de 1919, determinava licença antes e após o parto. Em 1932, o Decreto nº 21.417-A estabelecia repouso obrigatório de 4 semanas antes e 4 semanas depois do parto, sendo assegurado, nesse período, o pagamento de metade de seu salário.

A Constituição Federal de 1934 foi considerada uma das melhores em relação à proteção às mulheres, tendo as mulheres gestantes direito a assistência médica e sanitária, salário-maternidade e licença-maternidade. No entanto, a Constituição de 1937 trouxe um retrocesso ao eliminar a igualdade de salário entre homens e mulheres e ao deixar de considerar a garantia de emprego da gestante.

“Os obstetras são inquiridos com frequência pelas suas pacientes sobre os riscos e as dificuldades no desempenho de sua profissão.”

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que entrou em vigor em 1943, estabeleceu alguma proteção ao trabalho da mulher ao determinar que o casamento e a gestação não deveriam ser motivos para justa causa de demissão e proibindo o trabalho da grávida 4 semanas antes e 8 semanas após o parto. Em 1992, o Brasil ratificou a Convenção nº 103 da OIT, estabelecendo um descanso de 12 semanas, sendo 6 após o parto.

A Constituição de 1967 garantiu afastamento do trabalho com garantia de emprego e manutenção do ganho e, em 1974, a Lei 6.136 transferiu a responsabilidade da licença-maternidade do empregador para a Previdência Social, diminuindo, assim, a discriminação na contratação de mulheres. A partir de então, as sucessivas convenções da OIT, ratificadas pela legislação brasileira, ampliaram os direitos da trabalhadora gestante, o tempo de licença e a garantia de emprego, até que a Constituição Federal de 1988 ampliou a licença-maternidade para 120 dias, sem prejuízo do salário, pôs fim à dispensa sem justa causa e estabeleceu garantia de emprego por 5 meses após o nascimento da criança.

ASPECTOS DA PROTEÇÃO LEGAL AO TRABALHO DA GESTANTE

- **Assistência médica:** a mulher tem o direito de se ausentar do trabalho para fazer o pré-natal e os exames necessários. O Sistema Único de Saúde (SUS) garante assistência pré-natal e ao parto a todas as gestantes.
- **Licença-maternidade:** garante o afastamento sem prejuízo do emprego e do salário. O tempo de afastamento é considerado como tempo de serviço para cálculo de férias e aposentadoria, e a Lei 10.421/2002 estende o benefício à mãe adotiva. O artigo 7º, inciso XVIII, da Constituição Federal de 1988 prevê que, durante a licença-maternidade, a trabalhadora receberá salário integral; após a licença, terá direito ao emprego, atuando na mesma função. A duração da licença-maternidade é de 120 dias, podendo iniciar-se até 28 dias antes do parto. A Lei 11.770/2008 criou o Programa Empresa Cidadã, aumentando a licença-maternidade de 120 para 180 dias para as funcionárias públicas ou de empresa cadastrada no Programa Empresa Cidadã. Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados por mais 2 semanas cada um, em casos excepcionais, mediante atestado médico.
- **Nascimento de criança sem vida:** o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade está garantido no caso de nascimento de criança sem vida.
- **Aborto espontâneo:** a trabalhadora terá direito a afastamento de 2 semanas e garantia de emprego.
- **Direito de trabalhar em local não insalubre:** a Lei 13.287, publicada em 12 de maio de 2016, proíbe o trabalho de gestantes e lactantes em atividades, operações ou locais insalubres, determinando seu afastamento desses locais durante o período de gestação e lactação. A Presidência da República vetou o dispositivo que assegurava à empregada o pagamento integral do salário que vinha recebendo, inclusive o adicional de insalubridade.
- **Intervalo para amamentação:** de acordo com o artigo 396 da CLT, a mulher, após o parto, tem o direito de ausentar-se por 2 períodos diários de meia hora cada, durante 6 meses.
- **Salário-maternidade:** é o direito de receber salário integral durante a licença-maternidade, pago diretamente pela Previdência Social ou pelo empregador, que descontará de seus pagamentos previdenciários. Esses benefícios foram estendidos pela Lei 10.421/2002 para a mãe adotiva ou a pessoa que obtém a guarda judicial de uma criança.
- **Adoção monoparental:** os direitos estão assegurados à mulher, mas existem restrições para o adotante do sexo masculino, uma vez que a Lei 10.421/2002 fala sempre no feminino, como seguradas e empregadas. Da mesma forma, não está definitivamente estabelecido que casais homoafetivos masculinos tenham direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade no caso de adoção.
- **Garantia de emprego:** a empregada grávida dispõe de garantia de emprego e estabilidade de 5 meses após o parto, pois a mulher deve se “recuperar do parto e cuidar da criança em seus primeiros meses de vida”.

■ RISCOS OCUPACIONAIS PREJUDICIAIS À GESTAÇÃO

Características do trabalho

As características da atividade capazes de interferir na evolução da gestação são: esforço físico despendido, carga horária (diária ou semanal), posição para o desempenho da atividade, trabalho noturno, rotatividade de horário, condições ambientais (tais como instalações inadequadas, inclusive banheiros), trabalho solitário, viagens constantes, ambientes violentos, etc. Essas condições desfavoráveis estão relacionadas com abortamentos, partos pré-termo, baixo peso ao nascer e, mais raramente, doença hipertensiva. Tal fato teria como explicação o aspecto de que os grupos musculares solicitados pelo esforço (principalmente quando intermitente) exijam ajustes constantes, que levam à diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentário, com conseqüente alteração da oxigenação fetal. Outro mecanismo proposto é a secreção aumentada de catecolaminas, que, da mesma forma, leva à hipoperfusão placentária.

A caracterização do esforço físico não é uniforme na literatura: Alguns autores consideram esforço físico a posição em pé por períodos longos, andar, levantar, carregar, empurrar ou puxar peso, subir escadas, abaixar-se, ajoelhar-se ou esforço suficiente para provocar sudorese. Outros autores, por sua vez, referem-se especificamente a levantar peso entre 2 kg e 25 kg.

Estudo caso-controle realizado por Croteau et al., publicado em 2006, avaliou as condições ocupacionais, durante a gravidez, capazes de aumentar o risco de nascimento de fetos pequenos para a idade gestacional (PIG). Foram estudados 1.536 casos, com 4.441 casos-controle, selecionados de 43.898 mulheres que deram à luz feto único, vivo, entre janeiro de 1997 e março 1999 em Quebec (Canadá). Esse estudo evidenciou que o risco de nascimento de uma criança PIG aumenta quando a mãe exerce uma programação irregular de trabalho, com necessidade de deslocamentos frequentes e com índice acumulativo das seguintes circunstâncias ocupacionais: trabalho noturno, posição inadequada, levantamento de cargas, ruído, demanda psicológica aumentada e baixo perfil social. Quando essas circunstâncias não foram eliminadas, o risco aumentou com o número de condições presentes simultaneamente, com *odds ratio* (OR) de 1,00, 1,08, 1,28, 1,43 e 2,29 para 0, 1, 2, 3 e 4-6 condições associadas, respectivamente. A eliminação das condições antes de 24 semanas da gravidez trouxe os riscos para perto daqueles observados em mulheres não expostas.

Outro estudo que merece ser citado foi o realizado por Spinillo, em 1996, no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Policlinico San Matteo da Universidade de Pavia (Itália), avaliando o impacto do tipo de ocupação e o esforço físico necessário para seu desempenho no risco de retardo de crescimento fetal confirmado por estudo ultrassonográfico. Foram comparadas as características do trabalho, a intensidade da fadiga ocupacional, a postura, a carga horária semanal e o esforço físico em 349 pacientes com retardo de crescimento confirmado e 698 controles com desenvolvimento

fetal adequado. Depois de ajustado, o risco de retardo de crescimento foi similar entre desempregadas e empregadas no início da gestação [OR = 1,26, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) = 0,86-1,83]. Entretanto, trabalhadoras braçais tiveram risco maior que as mulheres não formalmente empregadas (OR = 1,81, IC 95% = 1,15-2,85) e significativamente alto (OR = 2,46, IC 95% = 1,36-4,21) para mulheres que reportaram esforço moderado a pesado, comparativamente às que desempenharam trabalhos leves. O estudo concluiu que o simples fato de estar empregada no começo da gestação não traz risco de retardo de crescimento fetal, ao passo que trabalhos que requerem esforço físico moderado a pesado têm aumento considerável do risco de retardo de crescimento fetal.

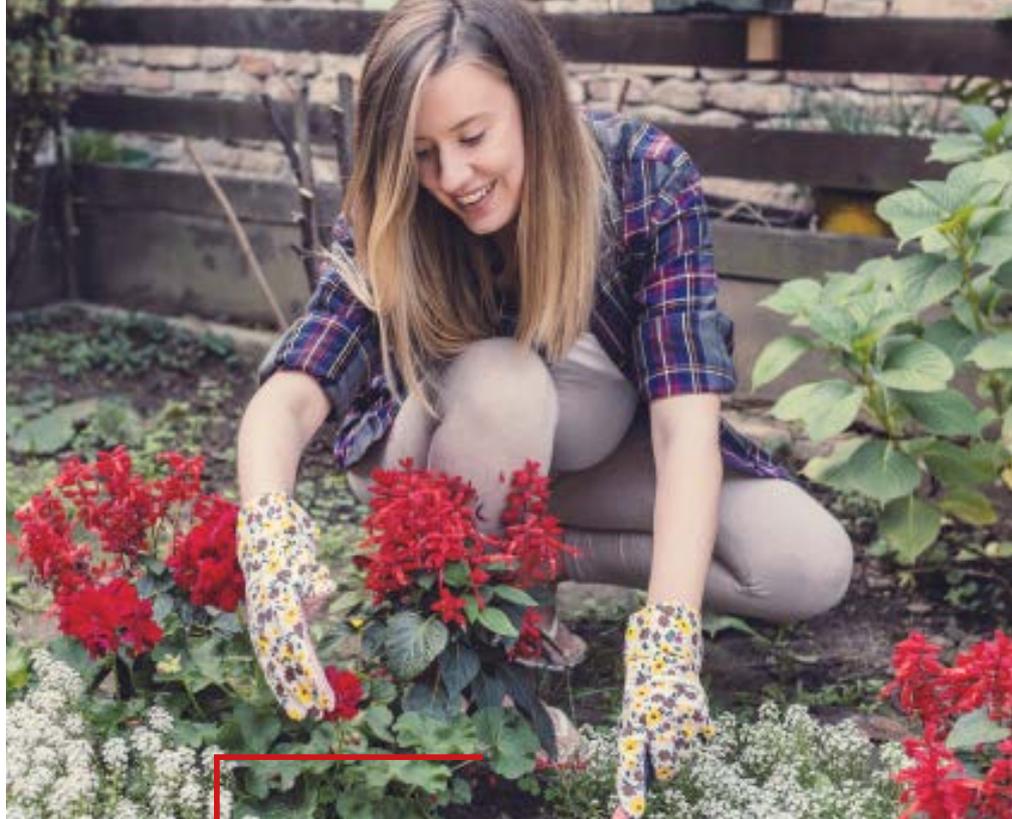
O Programa de Pesquisa Perinatal do Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano, de Bethesda (Estados Unidos), desenvolveu, em 2002, um estudo no Hospital da Seguridade Social Guatemalteca, na Cidade da Guatemala (Guatemala). Esse estudo, em que foram acompanhadas 15.786 mulheres grávidas, avaliou os efeitos do trabalho no resultado da gestação e analisou as atividades domésticas e no ambiente profissional, tendo as OR ajustadas para trabalho doméstico, idade materna e peso de nascimento dos filhos anteriores. As mulheres sem ajuda em casa tiveram risco aumentado para nascimento de filhos PIG, comparativamente às mulheres que contavam com ajuda da família (OR = 1,79, IC 95% = 1,31-2,47) ou de empregada (OR = 2,0, IC 95% = 1,16-3,33). Quando comparado ao trabalho em escritório, o trabalho manual aumentou o risco para nascimento de filho PIG

(OR = 1,32, IC 95% = 1,12-1,56) e de filho PIG/prematuro (OR = 2,56, IC 95% = 1,10-5,96). O trabalho em posição supina, em comparação com a posição sentada, aumentou significativamente o risco de nascimento pré-termo (OR = 1,56, IC 95% = 1,04-2,60).

O trabalho exercido na posição em pé está relacionado a repercussões desfavoráveis, provavelmente por dificuldade de retorno venoso, hipoperfusão placentária e infartos placentários, com consequente diminuição de nutrientes e oxigênio para o feto. Em contrapartida, o trabalho na posição sentada não causa problemas maiores para a gravidez, a não ser que seja por tempo prolongado, em decorrência da dificuldade de retorno venoso e da posição viciosa da coluna.

O estudo realizado pelo Laval University Epidemiology Research Group, de Quebec, avaliou um grupo de 4.390 mulheres que deram à luz entre janeiro e outubro de 1989, e estabeleceu que o risco de nascimento de fetos PIG, abaixo do percentil 10, está aumentado em mulheres que trabalham por mais de 6 horas diárias em posição supina, levando a considerar o trabalho em pé por períodos superiores a 6 horas diárias como provável fator de risco para a gravidez.

Com relação à carga horária, estudo caso-controle, conduzido pelo Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Ciências Pediátricas da Universidade de Perugia (Itália), analisando 5.145 nascimentos pré-termo e 7.911 controles de 15 países europeus, observou aumento de risco para mulheres com carga horária de trabalho superior a 42 horas semanais (OR = 1,33, IC = 1,1-1,6), em posição supina por mais de 6 horas por dia (OR = 1,26,



IC = 1,1-1,5), e para mulheres com baixo nível de satisfação com o trabalho (OR = 1,27, IC = 1,1-1,5).

As repercussões negativas expressam-se, na maioria dos estudos, com maior número de abortamentos, partos pré-termo, baixo peso ao nascer e síndrome hipertensiva. Dessa forma, o trabalho extenuante, com grande demanda física, deve ser tomado como fator de risco para a gravidez.

Riscos químicos, contaminantes ambientais

Quase toda atividade ocupacional envolve exposição a contaminantes presentes no ambiente de trabalho, sejam eles representados pela matéria-prima utilizada, pelos resultados do processo ou, ainda, pela situação intrínseca da atividade. Para a mulher grávida não é diferente. Ela fica exposta a riscos químicos, que, em função de sua natureza, concentração em seus mais variados níveis de inten-

sidade, e, ainda, de acordo com o tempo de exposição, podem atuar negativamente na gravidez. Em função da atividade profissional desenvolvida pela trabalhadora grávida, inúmeros são os agentes químicos (NR-9) aos quais ela se expõe. Consideram-se agentes químicos substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória nas formas de poeira, fumo, névoa, neblina, gás ou vapor ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

Dentre as principais substâncias capazes de produzir danos ao feto e à mãe estão solventes orgânicos, pesticidas e herbicidas, drogas e medicamentos, e metais pesados. Os solventes orgânicos são compostos universalmente utilizados em todos os setores da economia e praticamente em todas as atividades laborais. Participam, como ingredientes ativos, da composição

de pesticidas, inseticidas e herbicidas. Têm uso corrente em laboratórios clínicos e industriais, além de comporem produtos de limpeza, tintas, vernizes, etc. Indústrias químicas, de plásticos e similares, indústria automotiva, metalúrgicas, agricultura e empresas de prestação de serviço utilizam solventes orgânicos em larga escala. Os compostos mais conhecidos e utilizados desse grupo incluem: anilina, benzeno, tricloroetileno, tetraclo-roetileno, cloreto de vinil, cresol, dioxane, etilbenzeno, formol, nafta, nitrobenzeno, tolueno, xilol, etc.

A maioria dos estudos sobre solventes orgânicos associa essas substâncias a prejuízos à evolução da gravidez, com frequência aumentada de abortamentos, malformações (sistema nervoso central, anencefalia e fenda labiopalatina), partos pré-termo e de recém-nascidos de baixo peso, mortalidade perinatal, lesões de órgãos e alterações genéticas. Estudo publicado por Lorente, em 2000, avaliando malformações congênitas registra-

das entre 1989 e 1992, investigou a ocorrência de fendas palatinas em mães expostas a solventes orgânicos durante a gestação. O resultado demonstrou que as fendas labiais e palatinas estavam significativamente associadas a cabeleireiras (OR = 5,1, IC 95% = 1,0-26,0) e faxineiras (OR = 2,8, IC 95% = 1,1-7,2). A análise sugere que a causa desse aumento de incidência seja a exposição ocupacional a aldeídos alifáticos (OR = 2,1, IC 95% = 0,8-5,9) e a éter glicólico (OR = 1,7, IC 95% = 0,9-3,3). Cabe menção às trabalhadoras em lavanderias, ocupação exercida quase que exclusivamente por mulheres, que usam o tricloroetileno na lavagem a seco. Além disso, utilizam-se outros produtos (tipo removedor “Varsol”), que contêm solventes orgânicos em sua composição. Assim, essa ocupação é referida como de risco para desfecho desfavorável da gravidez.

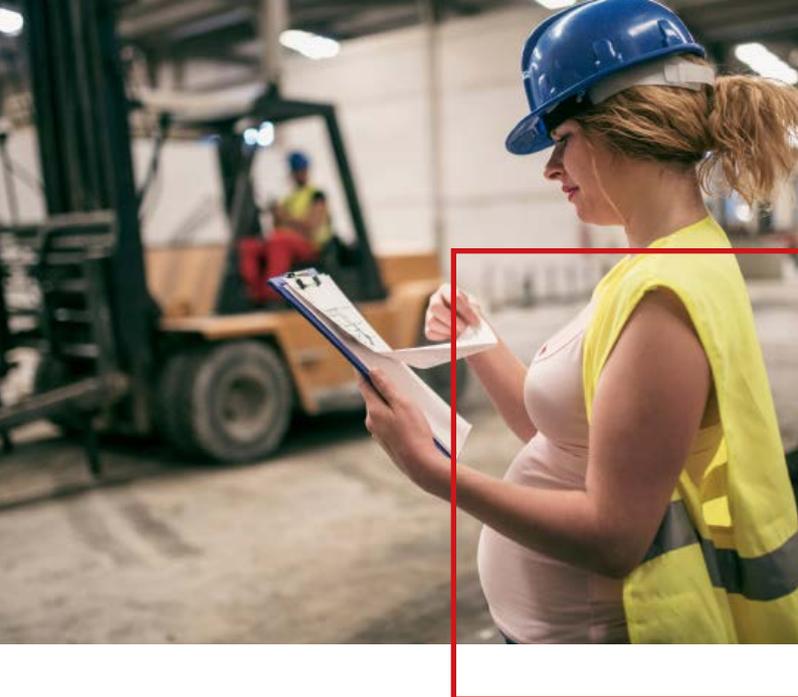
Estudos demonstram frequência aumentada de malformações e associação com natimortalidade, além de maior prevalência de espinha bífida, ante a exposição ocupacional a pesticidas, bem como em mulheres residentes em áreas agrícolas. Os inseticidas, de ampla utilização agrícola, têm nos inibidores da acetilcolinesterase e nos organoclorados os componentes mais importantes, estando associados a malformações e mortes fetais. Os destinados a uso doméstico, compostos principalmente por piretrina, em decorrência da utilização ocasional e por curtos períodos, não são tidos como prejudiciais. Estudo realizado por Garcia, em 1999, na Espanha, envolveu 261 casos e 261 controles que deram à luz em 8 hospitais públicos entre 1993 e 1994. Para as mães envolvidas em atividades agrícolas durante 30 dias antes de engravidar e nos 3 primeiros meses da gestação, a OR ajustada foi de 3,16 (IC 95% = 1,11-9,01) para o incremento no risco de defeitos do sistema nervoso, fendas orais e múltiplas anomalias. Existe aumento de risco de malformações musculoesqueléticas para os filhos de pais (homens) que manusearam pesticidas com frequência acentuada.

A exposição a fármacos antineoplásicos (ciclofosfamida, doxorubicina, fluoracil e vincristina) apresenta associação significativa com perdas fetais e malformações em filhos de enfermeiras encarregadas do preparo desses fármacos, sendo demonstradas alterações cromossômicas nessa população. A inalação de gases anestésicos (óxido nitroso, ciclopropano, halotano, fluotano, etc.) diluídos no ar ambiente das salas de cirurgia é objeto de estudo desde a década de 1970, época em que a contaminação ambiental era grande. Trabalhos relatavam frequência aumentada de abortamentos espontâneos e de malformações. Com a adoção de equipamentos efetivos de purificação do ar ambiente, tais efeitos tendem a ser eliminados. Assim, recomenda-se o afastamento de grávidas (médicas e equipe de enfermagem) de centros cirúrgicos em que não existam tais equipamentos purificadores.

A exposição ocupacional a metais pesados tem despertado interesse de pesquisadores desde o início do século, e datam dessa época os primeiros relatos sobre efeitos prejudiciais dos mais de 80 metais pesados conhecidos. Aqueles situados entre o cobre e o chumbo na tabela periódica, cerca de 30, são tóxicos para o homem, sendo os mais prejudiciais o chumbo, o cádmio e o mercúrio pela toxicidade e pela frequência do uso. Esses três metais não existem naturalmente em nenhum organismo e não desempenham funções nutricionais ou bioquímicas em microrganismos, plantas ou animais, ou seja, a presença desses metais em organismos vivos é prejudicial



Os inseticidas, de ampla utilização agrícola, têm nos inibidores da acetilcolinesterase e nos organoclorados os componentes mais importantes, estando associados a malformações e mortes fetais.



em qualquer concentração. Concentrações sanguíneas maternas de chumbo $> 10 \mu\text{g}/\text{dl}$ implicam prejuízos ao feto, como retardo de crescimento, comprometimento mental, diminuição do quociente de inteligência, dificuldades auditivas e cognitivas, hiperatividade, etc. O manuseio do mercúrio por dentistas foi relacionado, no passado, ao aumento de abortamentos, malformações e natimortalidade nos recém-nascidos de profissionais expostas ao metal.

Exposição a agentes físicos

Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruído, vibrações, temperatura, pressões anormais, umidade e radiações (ionizantes e não ionizantes). A exposição ao ruído excessivo tem mostrado relação com abortamentos, prematuridade, baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia. A exposição intrauterina ao ruído, principalmente no terceiro trimestre, relaciona-se a danos no desenvolvimento da audição e da linguagem do recém-nascido.

Estudos conduzidos em ovelhas prenhes e em mulheres observaram que o nível de ruído de fundo intrauterino varia de 80 dB a 95 dB, considerando que os batimentos cardíacos maternos representam parcela importante dessa intensidade. A fala materna aumenta o nível de pressão sonora intrauterina em 5 dB a 6 dB e a placenta, o líquido amniótico e as paredes uterina e abdominal maternas podem atenuar o ruído externo entre 15 dB e 20 dB; no entanto, em função do ruído de fundo, qualquer exposição traz incremento ao nível de pressão sonora para o feto. A chance de as crianças nascidas de mães expostas a nível de ruído $> 85 \text{ dB}$ durante a gestação apresentarem dano auditivo é significativamente maior (3-4 vezes) que para as não expostas.

As ocupações exercidas próximas a equipamentos que produzem vibrações têm sido relacionadas, de forma contraditória, a abortamentos, natimortos e malformações. Em trabalho de revisão, concluiu-se que o “aumento de risco para abortamentos, alterações menstruais e distopias uterinas pode estar associado à expo-

sição de longa duração à vibração”. Atenção especial deve ser dada às profissionais da área de transportes, cujo principal fator de risco é a exposição continuada à vibração. Alguns setores mais organizados dão extrema importância a essa questão. É o caso, por exemplo, das comissárias de voo, que são afastadas da função tão logo se tenha conhecimento da gravidez, principalmente pelo componente vibratório da ocupação. Segundo normas das companhias aéreas, nessas condições, além da vibração, o trabalho pode ser considerado desgastante pelas viagens longas, longos períodos em pé, rotatividade de turnos, ruído, mudança frequente de ritmo circadiano, além do risco de despressurização súbita. São relatadas perdas fetais nas mulheres que trabalham em ambientes com temperatura fria. Em relação à hipertermia, embora existam relatos de associação com malformações, não há conclusão definitiva, admitindo-se que, para tal efeito, é necessário que a temperatura do corpo seja $> 38,5^\circ\text{C}$ e durante alguns dias (picos esporádicos não são valorizados).

As grandes variações de pressão, particularmente observadas no transporte aéreo, em aeronave pressurizada parecem não ter efeito significativo na gestação. Cabe aqui também fazer algumas considerações sobre as passageiras habituais. Segundo as diretrizes do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Division of Global Migration and Quarantine, dos Estados Unidos, publicadas em 2007, nos voos de grande altitude a pressão na cabine é mantida em valores equivalentes à altitude entre 1.524 m e 2.438 m. Para a mulher não grávida, essa pressão resulta em significativa redução da pressão parcial de oxigênio (pO_2); para as grávidas normais, isso pode

representar queda de até 50% dos níveis da pO_2 . Assim, deve-se tomar cuidado extra com as grávidas que têm anemia falciforme, pois podem apresentar crises de hemólise, com risco de hematúria e formação de microtrombos renais. Sugere-se que as grávidas com níveis de hemoglobina $< 8,5$ mg/dl sejam impedidas de viajar nessas condições. Se isso for impossível, é recomendado o fornecimento de oxigênio suplementar e hidratação liberal, visto que a umidade da cabine é mantida baixa, em torno de 8%. O feto é menos sensível à diminuição da pO_2 e parece não correr riscos diretos se forem mantidos os níveis pressóricos da cabine.

Os efeitos das radiações sempre foram motivo de pesquisas e debates, tanto as radiações ionizantes (raios X, raios gama) como as não ionizantes (raios ultravioleta e infravermelho, ondas eletromagnéticas, de frequência muito baixa e de frequência extremamente baixa, como as ondas de radiofrequência). Tais radiações são utilizadas em equipamentos de uso tanto doméstico como profissional, como televisores, fornos de micro-ondas, monitores de computadores, copiadoras e radares. Os televisores emitem radiações eletromagnéticas que, quer seja pelo tipo ou pela intensidade, não têm efeito prejudicial na gravidez, e os fornos de micro-ondas emitem radiações eletromagnéticas que demonstraram não se relacionar a efeitos prejudiciais ao produto conceptual.

Motivo de debates é o uso profissional de monitores de vídeo de computadores. Tais equipamentos emitem radiações não ionizantes, mas também ionizantes, em mínima quantidade, que parecem não ter efeito na gravidez. Segundo o Occupational Medicine Forum,

do Colégio Americano de Medicina Ocupacional, com relação ao trabalho com monitores de vídeo “nada se pode concluir, mas o tema é suficientemente complexo para que a possibilidade de efeito adverso possa ser descartada”. As fotocopiadoras, além de utilizarem produtos químicos e ozônio, emitem radiações ultravioleta, de frequência extremamente baixa, expondo o abdômem do operador a campos magnéticos muitas vezes maiores que os dos videoterminais de computadores. Em resumo, as radiações não ionizantes, ao que se conhece, não têm efeitos prejudiciais na gravidez.

Quanto à radiação ionizante, as mulheres gestantes podem ser expostas de forma acidental ou podem ser submetidas a exposições ocupacionais ou diagnósticas e terapêuticas (Tabela 1): nas exposições acidentais, só nos resta avaliar os danos; as ocupacionais podem ser conhecidas e controladas; e as diagnósticas e terapêuticas só devem ser realizadas se atendidos os princípios éticos de proteção radiológica que garantam benefícios diretos para a saúde da gestante com o mínimo de dose para o feto. Do ponto de vista ocupacional, a área da saúde (médicas, odontólogas, enfermeiras, técnicas de radiologia e radioterapia) é a que talvez traga mais expectativas em relação à gravidez. Não há demonstração de dano fetal quando a exposição materna for < 5 rads (0,05 Gy), considerando-se todo o período gestatório. Admite-se que o risco potencial de malformações passa a existir quando a dose total for > 50 rads (0,5 Gy). De acordo com o National Council on Radiation and Measurement, estabeleceram-se probabilidades, diante de diferentes doses de exposição, de não aparecimento de malformações ou câncer na infância (Tabela 2).

Tabela 1 - Dose absorvida (média/máxima) de radiação para embrião em decorrência de procedimentos radiológicos.

Incidência	Exames convencionais (mGy)	Tomografia computadorizada (mGy)
Abdome	2,6/15	8,0/49
Crânio	0,01/0,1	-
Tórax	0,01/0,1	0,06/0,5
Quadril	1,28/2,1	-
Pelve	1,55/15	89/114
Coluna	1,03/40	2,8/8,6
Bário – via oral	1,5/2,3	-
Bário – enema	6,1/80	-
Urografia	3,2/12	-
Fígado	-	3,6/4,4
Pulmão	-	1,2/1,4

Tabela 2 - Probabilidade de nascimento de crianças saudáveis, de acordo com a base da exposição do feto aos raios X

Dose no feto acima do nível basal (Estados Unidos)* mrem**	Probabilidade (%)		
	Sem malformação	Não desenvolveu câncer	Sem malformação e não desenvolveu câncer
0 (0)	96	99,93	95,93
50 (0,5)	95,999	99,926	95,928
100 (1,0)	95,998	99,921	95,922
250 (2,5)	95,995	99,908	95,91
500 (5,0)	95,99	99,89	95,88
100 (10,0)	95,98	99,84	95,83

* 50 - 100 mrem

**Roentgen equivalent Men = radiação com efeito biológico (1 rad) por período gestacional.

(Adaptado de Wagner e Hayman, 1999).

Tabela 3 - Efeitos da radiação de acordo com o período de exposição

Semanas de gestação	Estágio de desenvolvimento	Efeito
0 - 2	Pré-implantação	Aborto Reparo
3 - 7	Início da organogênese	Morte intrauterina Malformação
8 - 15	Desenvolvimento cerebral	Morte intrauterina Retardo mental Malformação Diminuição de QI
16 - 25	Desenvolvimento cerebral	Morte intrauterina Retardo mental Diminuição de QI
Até o final	-	Morte intrauterina
Toda a gravidez	-	Câncer infantil

QI = quociente intelectual.

Deve-se lembrar que os riscos para malformação e câncer são maiores quando a exposição se dá no primeiro trimestre, mas a diminuição das atividades no segundo e no terceiro trimestres não é suficiente. Os riscos para radioterapia e medicina nuclear são basicamente os mesmos que para os raios X. Além da morte intraútero, os principais efeitos da exposição pré-natal trazem duas preocupações: malformações (microcefalia, microftalmia, alterações de pigmentação retiniana, catarata, além de retardo mental e físico) e desenvolvimento futuro de câncer (em especial leucemia) na criança. No período de pré-implantação, que ocorre durante as 2 semanas seguintes à fecundação, em que o número de células do embrião é pequeno e não especializado, o efeito mais provável é a falha na fixação embrionária com morte não detectável do embrião, podendo também ocorrer reparo completo no dano celular causado pela radiação. Nessa fase, em que a principal consequência é o aborto, a dose absorvida deve ser $> 0,10$ Gy. No início do período de organogênese, as malformações mais frequentes são no sistema urinário, nos olhos e no sistema nervoso central, e redução do desenvolvimento do esqueleto, sendo o limiar para esse tipo de agressão situado entre 0,1 Gy e 0,2 Gy (nível de radiação das bombas de Hiroshima e Nagasaki). Entre 8 semanas e 15 semanas, o maior risco é o de retardo mental. Entre 16 semanas e 25 semanas, a sensibilidade à radiação diminui significativamente (Tabela 3). Os efeitos fetais após 25 semanas são menores para malformações e morte fetal, cujo limiar é de cerca de 1 Gy (estudo em animais). A exposição nessa fase da gestação pode favorecer o aparecimento de efeitos tardios durante a vida, como câncer e distúrbios funcionais ao nascimento e na infância.

Quadro 1 - Dose de radiação necessária para causar dano fetal

Aborto, malformação e retardamento mental grave: 0,100 Gy
Diminuição de QI: 0,200 Gy
Morte intrauterina durante toda a gravidez: 1,0 mGy
Câncer infantil: 0,01 Gy

QI = quociente intelectual.

Para se estimar a dose de radiação em exames de medicina nuclear, deve-se considerar que os radionuclídeos que atravessam a barreira placentária, como o iodo, contribuem significativamente para a dose absorvida pelo concepto. Estudos realizados em 26 hospitais americanos demonstraram que a maioria dos exames de medicina nuclear oferecia doses < 10 mGy. Gálio e iodo demonstraram poder ocasionar doses > 10 mGy e em administrações terapêuticas podem alcançar até 500 mGy.

Para a instituição de radioterapia, é necessária uma estimativa da dose fetal (Tabela 4) para se avaliar os riscos e ser adotada adequada conduta clínica. Se possível, o tratamento deve ser adiado para depois do terceiro trimestre de gestação ou para quando existir viabilidade fetal. Estudos demonstraram que há redução da dose em 50% com a utilização de blindagens.

Tabela 4 - Dose de radiação absorvida pelo feto em procedimentos de radioterapia

Região	Idade	Dose (mGy)
Crânio	4 semanas	17 - 29,6
	12 semanas	21,7 - 49,6
	24 semanas	28,3 - 80,9
Mama	16 semanas	250 - 920

Com relação à exposição ocupacional, a Portaria 453 (“Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico”), de 1/6/1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, define que a dose na superfície do abdome, a partir do conhecimento da gravidez, não deve exceder a 2 mSv. A dose no embrião ou feto, a partir do conhecimento da gestação, não deve exceder a 1 mSv.

A Norma NE 3.01, da Comissão Nacional de Energia Nuclear – Diretrizes Básicas de Radioproteção, define que qualquer mulher com capacidade reprodutiva não deve receber, no abdome, dose > 10 mSv em qualquer período de 3 meses consecutivos. A dose acumulada no feto durante o período de gestação não deve exceder a 1 mSv. A gestante não deve trabalhar em áreas controladas, onde os níveis de radiação podem exceder a 1,2 mSv.

Quadro 2 - Relação Gy, Sv e rem

Quando a matéria viva absorve 1 Gy de raios X, a dose equivalente é de 1 Sv, que corresponde a aproximadamente 100 rem.

Agentes biológicos

Os fatores biológicos de risco para a gravidez são representados pelos diversos microrganismos patogênicos: vírus, fungos, bactérias e protozoários. Alguns têm importância especial na gravidez por determinarem infecções congênitas, aborto e malformações, tais como toxoplasmose e os vírus da rubéola, citomegalia, hepatite B, HIV, zika vírus, etc. A atividade ocupacional desempenha papel importante na transmissão dessas doenças. Um exemplo é o trabalho das professoras de ensino fundamental I e as de classes com pessoas com deficiência, que apresentam maiores chances de malformações e natimortos em decorrência do contato com aglomerado de crianças em espaço fechado, aumentando a chance de infecções, principalmente as chamadas “doenças da infância”, sendo algumas delas, como a rubéola, definitivamente danosas para a evolução fetal.

Como medida preventiva, é aconselhável o afastamento (ou mudança de função) para as professoras grávidas sorologicamente suscetíveis, se lecionarem no ensino fundamental. Da mesma forma, as profissionais de saúde se expõem a uma sorte de patógenos capazes de determinar comprometimento da gestação. As profissionais de saúde têm garantido o direito de trabalhar em local salubre enquanto durar a gestação e a amamentação.

Deve-se, ainda, considerar as condições já existentes no cotidiano da mulher, por exemplo contato com aglomerações (transporte, lazer, etc.) e uso de água contaminada.

Nesse contexto, algumas atividades profissionais expõem a trabalhadora gestante de forma inerorável. Dentre as profissões de maior risco, temos, por exemplo, médicas, enfermeiras, odontólogas e professoras. Algumas especialidades médicas oferecem maior risco pela exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e pela carga horária, como anestesistas, radiologistas, radioterapeutas, quimioterapeutas, pediatras, infectologistas, intensivistas, laboratoristas e plantonistas em geral.

Dados da literatura demonstram, para as fases tardias da gestação, maior chance de trabalho de parto prematuro, recém-nascidos de baixo peso, além de complicações hemorrágicas e hipertensivas. Em vista de possível evolução desfavorável, recomenda-se à médica gestante um acompanhamento pré-natal diferenciado, com consultas mais frequentes.

Para as autônomas, sugere-se a diminuição da carga horária, evitar rotatividade de horários, estabelecer períodos de repouso durante a jornada de trabalho, monitoração frequente da contratilidade uterina e afastamento das atividades diante de quaisquer anormalidades detectadas. Para as regularmente empregadas, existe disposição legal que proíbe o trabalho de gestante e da nutriz em ambiente insalubre.



■ CARGA EMOCIONAL NO TRABALHO

Da mesma maneira que foram considerados os aspectos orgânicos e funcionais, é de suma importância avaliar o envolvimento de aspectos emocionais nas relações mútuas entre a gravidez e a ocupação profissional.

Existem várias ferramentas para medir o impacto do trabalho no estado emocional das pessoas. Uma das mais conhecidas é a avaliação da “tensão do trabalho” (*job strain*), que avalia a relação entre demanda e controle do trabalho. Demanda é o conjunto de estressores psicológicos inerentes à carga de trabalho, atribuições inesperadas e conflitos interpessoais. Já o controle sobre o trabalho é o poder que o trabalhador tem de gerenciar suas atribuições e sua conduta durante a execução do trabalho. Assim, é possível afirmar que o esforço mental resulta da interação dessas duas variáveis, e o grau elevado de controle pode modificar os efeitos da demanda.

Considerando-se o grau de tensão emocional, as atividades profissionais podem ser divididas em quatro grupos:

- **Trabalho leve** (pequena demanda e grande controle), por exemplo cientistas, programadores, eletricitas, operadores de máquinas, etc.;
- **Trabalho ativo** (grande demanda e grande controle), por exemplo médicos, enfermeiros, autoridades públicas, supervisores, engenheiros, arquitetos, etc.;
- **Trabalho passivo** (pequena demanda e pequeno controle), por exemplo vendedores, despachantes, entregadores, vigias, etc.;
- **Trabalho muito estressante** (grande demanda e pequeno controle), por exemplo bombeiros, operadores de computadores, garçons, telefonistas, auxiliares de enfermagem, costureiros, trabalhadores em linha de produção, etc.

O estresse mental da grávida, como consequência das tarefas ocupacionais, também pode ser medido por esse modelo.

Os estudos avaliados, indicam que a frequência de partos prematuros e o retardo de crescimento aumenta à medida que diminui o controle e aumenta a demanda. Relatam, também, maior risco para abortamentos, malformações e mortalidade no primeiro ano de vida. Deve-se considerar o trabalho de executivas, advogadas, médicas, publicitárias e administradoras, além de outras atividades com

alta carga de estresse e pressão psicológica, como de risco para parto prematuro e baixo peso ao nascer. Por outro lado, é evidente que a grávida desempenha as atividades profissionais com a mesma eficiência de quando não grávida. No entanto, para avaliação do impacto psicológico, é necessária uma análise individual, pois vários fatores entram em jogo, devendo ser considerada a motivação pessoal para o trabalho, as características da atividade, os componentes emocionais acumulados durante a vida, os chamados eventos estressantes de vida e os conteúdos próprios da

gravidez. Diante das dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, a gestante pode apresentar um sentimento de inadequação, comprometendo o cumprimento satisfatório de atividades antes exercidas com facilidade.

Entre os aspectos emocionais da gravidez, destaca-se a ansiedade, como sentimento dominante e de evolução progressiva com o avançar da gestação, agravada por qualquer condição estressante externa, o que poderá ocasionar alterações psíquicas ou somáticas.

■ SUGESTÃO DE CONDUTA PARA O PRÉ-NATALISTA

Para o obstetra, e isso é válido também para as outras especialidades, a profissão da paciente deve ser valorizada, deixando de ser um dado isolado no prontuário a ser preenchido pela recepcionista do consultório e passando a ser um dado relevante da anamnese. Recomenda-se cuidado do médico em caracterizar a atividade ocupacional, o que seria de extrema importância, pois as repercussões sobre a saúde da mulher e, notadamente, sobre a evolução da gestação podem ser consideráveis.

Não é demais repetir que, muitas vezes, o médico do trabalho e outros profissionais envolvidos na avaliação pericial de situações que envolvam a gestante desconhecem as adaptações funcionais, as modificações orgânicas e os aspectos emocionais da grávida no exercício de sua profissão.

Os obstetras são inquiridos com frequência pelas suas pacientes sobre riscos e dificuldades no desempenho de sua profissão, e as recomendações fornecidas não devem se basear em generalidades e em crenças sociais e culturais, sem qualquer suporte técnico ou científico. Existe vasta literatura médica disponível para subsidiar essa orientação, como a sugestão de conduta de orientação para a grávida trabalhadora aqui apresentada.

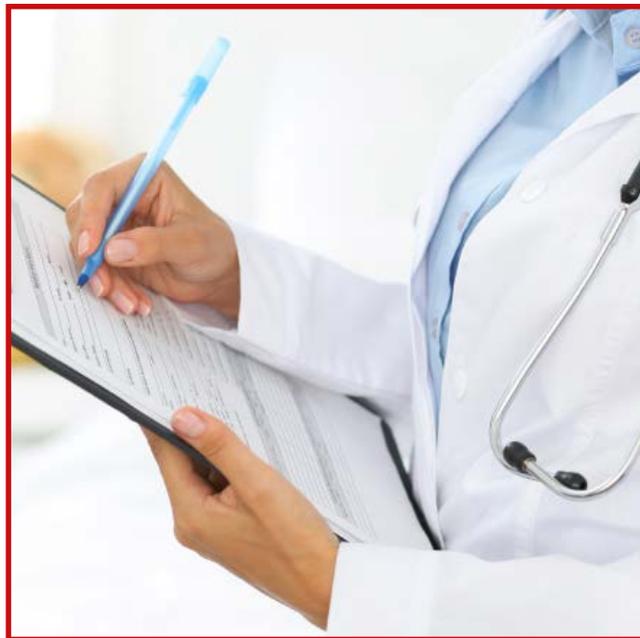
Para orientar a grávida e seu empregador, as ferramentas mais frequentemente utilizadas são os documentos médicos, como a carteira da gestante, que deve conter, além do conteúdo habitual, informações sobre a ocupação e o ambiente de trabalho da paciente e os atestados e declarações, em que serão expressas, entre outras, necessidades de afastamento, adequações na função, mudança de ambiente de trabalho no caso de ocupação insalubre, licença-maternidade e encaminhamentos à perícia previdenciária.

ATESTADO MÉDICO

O atestado médico é um documento jurídico e administrativo. Ao banalizá-lo, emitindo-o de forma tendenciosa, ideológica, falsa ou, ainda, com o intuito de favorecimento, o médico, além de descumprir o Código de Ética Médica (arts. 30, 80, 81), fere a Constituição Federal (art. 5º, inciso XIII), desobedece ao Código Penal (art. 302) e desrespeita o Código Civil (art. 187). Assim, o médico emissor comete ato ilícito, praticando ato voluntário que viola um direito e causa dano a alguém (Código Civil Brasileiro, arts. 186 e 187).

O empregador sofre prejuízo ao receber um atestado falso para abono de faltas de seus funcionários e, neste caso, cabe ação indenizatória contra o médico emissor, com pedidos de danos materiais e morais, também cabendo denúncia ao Conselho Regional de Medicina (CRM). O Código Civil obriga a reparação do dano, seja material ou moral (arts. 927 e 52). O dano material se dá pelo pagamento de remuneração integral do trabalhador afastado e pagamento de salário à mão de obra substituta, e ainda pelos lucros cessantes. Os danos morais se dão pela atitude do médico contra o nome, a imagem e a honra da empresa.

O Código Penal (art. 302) estabelece, contra o médico emissor do atestado falso ideológico, detenção de um mês a um ano, “e se o crime for cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa”. Em termos administrativos, o Conselho Federal de Medicina (CFM) caracteriza o atestado falso ideológico como infração ética, passível de aplicação de penas disciplinares estabelecidas no artigo 22 da Lei 3.268/57. Para melhor esclarecer sobre o assunto, o CFM caracteriza o atestado médico falso ideológico como aquele emitido pelo profissional da medicina devidamente habilitado para o exercício da profissão.



O documento é verdadeiro em sua origem e falso quanto ao conteúdo. O CFM, por meio dos artigos 80 e 81 do Código de Ética Médica, estabelece quatro modalidades de falsidade ideológica na emissão de atestado médico:

1. Fornecer atestado sem a prática de um ato médico, a ausência de prontuário contendo descrição da anamnese, exame físico e diagnóstico são evidências da falsidade, e a data do atestado deve coincidir com a data do atendimento.

2. Fornecer atestado tendencioso, exacerbando uma condição existente para justificar o atestado. Exemplo: a utilização da condição de hipertensão arterial para “forçar” o afastamento ou aposentadoria do trabalhador.

3. Fornecer atestado falso cujo conteúdo não corresponda à realidade.

4. Fornecer atestado falso visando à obtenção de vantagens pelo médico, como angariar clientela, votos, etc.

Todas essas modalidades desrespeitam os princípios éticos e estão sujeitas às punições previstas em lei. A falsificação ou a adulteração de atestados médicos por parte do empregado constitui falta grave, sujeita a demissão por justa causa. O empregado que falsifica atestado médico para justificar faltas perante o empregador, além de poder ser demitido por justa causa, poderá responder criminalmente, conforme o artigo 301 do Código Penal. Uma vez comprovada a falsificação, o empregado poderá ser demitido com base no artigo 482, alínea “a”, da CLT.

O atestado médico para abono de faltas ao trabalho tem limitações regulamentadas por lei e por acordos sindicais, podendo haver regras diferentes segundo a categoria profissional. Apenas atestados médicos e de dentistas têm valor legal para abono de faltas, conforme a Lei 6.215/75.

A Resolução CFM 1.851/2008, que alterou o artigo 3º da Resolução CFM 1.658/2002, que normatiza a emissão de atestados médicos, estabeleceu que, na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - Especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente.

II - Estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente.

III - Registrar os dados de maneira legível.

IV - Identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no CRM.

Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal, para fins de perícia médica, deverá observar:

I - O diagnóstico.

II - Os resultados dos exames complementares.

III - A conduta terapêutica.

IV - O prognóstico.

V - As consequências à saúde do paciente.

VI - O provável tempo de repouso estimado, necessário para sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como aposentadoria, invalidez definitiva e readaptação.

VII - Registrar os dados de maneira legível.

VIII - Identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no CRM.

Caberá à empresa remunerar o empregado somente pelo tempo declarado em atestado médico, ou seja, pelo tempo de ausência do empregado para comparecimento e retorno ao local de atendimento. Não há prazo na legislação para a apresentação do atestado médico. Esse assunto é comumente tratado nas convenções coletivas de trabalho e acordos sindicais; na omissão sobre o assunto, o empregador poderá estipular o prazo por meio de regulamento interno.

Algumas situações específicas em que o atestado médico é necessário são:

1. Tão logo se diagnostique a gestação, o médico assistente deve orientar a gestante a comunicar sua condição ao empregador, mediante a apresentação da carteira da gestante ou por meio de declaração firmada pelo médico.

2. Atestados para afastamento do trabalho por intercorrências e complicações gravídicas, em que o médico deve atestar afastamentos de até 15 dias.

3. Atestado para afastamento da gestante que sofrer aborto, a qual, neste caso, tem direito a 2 semanas de afastamento do trabalho.

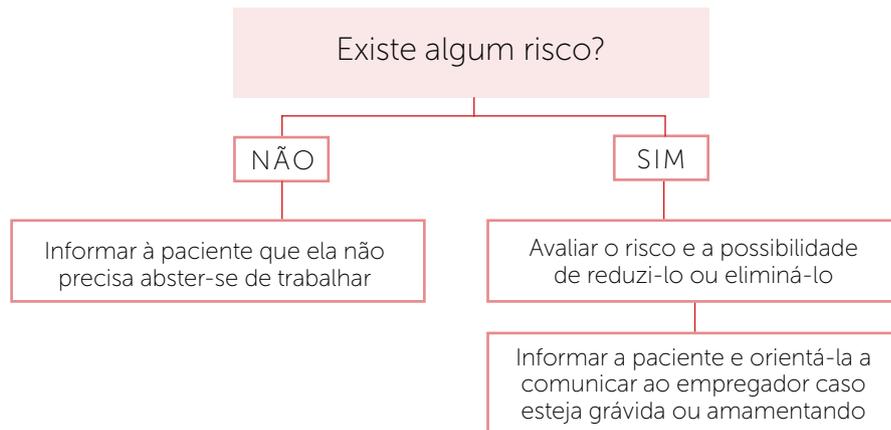
4. Relatório ao médico perito da Previdência Social contendo, conforme orientação do CFM, diagnóstico, resultados dos exames, conduta sugerida, prognóstico, consequências à saúde da paciente caso não se afaste, e tempo de repouso estimado necessário a sua recuperação, quando houver necessidade de afastamento superior a 15 dias.

5. Atestado para licença-maternidade, que pode ser emitido a partir da 36ª semana de gestação, lembrando que o prazo dessa licença pode aumentar em 2 semanas, mediante solicitação e justificativa específica em atestado médico.

6. Atestado solicitando mudança de função para as mulheres que trabalhem em local insalubre, conforme a Lei 13.287/2016.

É conveniente registrar em prontuário, ao fornecer declarações ou atestados, qualquer orientação dada à gestante com relação a capacidade para o trabalho, atividade física, dieta, higiene, e hábitos pessoais e sociais. Quando considerar necessários ajustes no trabalho durante a gravidez e a amamentação, o médico deve registrar essa orientação para o empregado e para o empregador. O fluxograma apresentado a seguir mostra como o empregador deve assegurar que as gestantes e lactantes não sejam expostas a riscos e como os conselhos do obstetra podem alimentar esse processo.

Estágio 1 – Avaliação inicial dos riscos para a saúde e a segurança da gestante (responsabilidade de empregador, médico do trabalho e obstetra).



Estágio 2 – Com base na avaliação inicial, avaliar o risco específico por meio de informações da gestante. Se necessário, solicitar informações ao empregador e ao médico do trabalho e fornecer as devidas recomendações.

