

PROGRAMA DOUTORAL EM SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAIS

Proteção à Maternidade no Contexto do Trabalho Hospitalar.

Um contributo para a melhoria das relações entre trabalho e maternidade

Soraya Wingester Vasconcelos

D

2025





DemSSO

PROGRAMA DOUTORAL EM SEGURANÇA
E SAÚDE OCUPACIONAIS

Proteção à Maternidade no Contexto do Trabalho Hospitalar

Um contributo para a melhoria das relações entre trabalho e maternidade

Tese apresentada na Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em
Segurança e Saúde Ocupacionais

Soraya Wingester Vasconcelos

Tese em Segurança e Saúde Ocupacionais

Programa Doutoral em Segurança e Saúde Ocupacionais (DemSSO)

Orientadora: Professora Alexandra Cunha Coelho de Macedo. Doutora

Coorientadora: Professora Elizabeth Costa Dias. Doutora

Coorientadora: Professora Andrea Maria da Silveira. Doutora

Agradecimentos

A *El Roi*, o Deus que me vê, toda minha gratidão. Obrigada por ser meu refúgio e fortaleza. Obrigada por ser consolo e cura. Obrigada por ser o Pai que acarinha, mas que corrige. Obrigada por ser luz e direção, por ser a fonte de minha alegria e a razão de crer no amanhã. Obrigada por sua presença nos bons e difíceis momentos deste processo de aprendizado, e por todas as pessoas queridas que, no momento exato, enviou para me ajudar.

Fernando, meu querido esposo e companheiro, *amore mio*, obrigada por estar presente e fazer parte desta caminhada. Obrigada por acreditar em mim, quando eu mesma não acreditava. Estamos juntos no caminhar da vida, sonhos e desafios.

Às minhas orientadoras minha profunda gratidão. Querida professora Alexandra Matias, obrigada por ter aceitado o desafio de me orientar, mesmo com o Atlântico a nos separar fisicamente. Obrigada por suas sugestões e palavras de incentivo. Professora Elizabeth Dias, minha amiga de longa data, obrigada por me orientar e ter sido suporte nos momentos em que quis “chutar o balde”. Seus conselhos são sempre cheios de sabedoria e marcados pela experiência. Querida professora Andrea Silveira, obrigada por ter se juntado à equipe de orientação, num momento tão crucial para a pesquisa de campo, e por abrir caminhos tão importantes que me permitiram prosseguir.

Não poderia me esquecer da professora Renata Britto. Obrigada, sem seu acompanhamento e ajuda teria sido impossível a pesquisa de campo em um dos hospitais. Também, meus agradecimentos vão para o Dr. Maurício que me ajudou na avaliação para a adequação do questionário, e para o Edmilson nas questões de estatística. Aos alunos de medicina que colaboraram na pesquisa de campo, meu muito obrigada. Vinícius, Diana, André e Fernanda, valeu! Obrigada, Dani Sampaio, você tem lugar no meu coração.

Querida Raquel Martins, posso dizer que você foi e é meu elo com o DemSSO. Muito obrigada por sua escuta humanizada e direção nos momentos complicados e difíceis que passei. Você é 10! Agradeço também às professoras Olívia e Joana Guedes, bem como ao professor João Baptista por terem participado em vários momentos importantes do meu processo de aprendizado.

Por fim, na pessoa do Diego Oliveira, agradeço aos meus colegas da Fundacentro que participaram direta ou indiretamente no meu processo de afastamento para o doutorado. Ufa! Quanto trabalho, né? Meu muito obrigada a vocês e à instituição.

Lista de publicações e comunicações desenvolvidas no âmbito da Tese

Título	Informações gerais
Pregnancy and working conditions in the hospital sector: a scoping review	Artigo - Revista Brasileira de Medicina do Trabalho – RBMT Identificação: DOI: 10.47626/1679-4435-2023-947. PMID: 37197333; PMCID: PMC10185382. Autor(es): Soraya Wingester Vasconcelos (ORCID 0000-0003-2137-1591), Joana C. Guedes (ORCID 0000-0003-2137-1591), Elizabeth Costa Dias (ORCID 0000-0003-1708-1014), Alexandra Matias (ORCID 0000-0002-2967-5365)
Gravidez e vigilância em saúde ocupacional no setor hospitalar: uma revisão de escopo	Resumo e congresso - Abrascao 2022 – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Modalidade: Resumo com apresentação curta assíncrona Identificação: https://proceedings.science/abrascao-2022/trabalhos/gravidez-e-vigilancia-em-saude-ocupacional-no-setor-hospitalar-uma-revisao-de-es?lang=pt-br Autor(es): Soraya Wingester Vasconcelos
Hospital work environment and maternity protection: a scoping review on assessment and perception of occupational risks	Capítulo de livro - Occupational and Environmental Safety and Health V - Studies in Systems, Decision and Control 492 – Springer Identificação: https://doi.org/10.1007/978-3-031-38277-2_53 Autor(es): Soraya W. Vasconcelos, Elizabeth C. Dias e Alexandra Matias
The Invisible Pregnancy: Maternity Protection in the Hospital Workplaces	Congresso e Apresentação de ePoster - International Commission on Occupational Health (ICOH) - Safety and Health at Work. Melbourne – Rome Global Digital Congress, Sharing solutions in occupational health through and beyond the pandemic. 6 - 10 February 2022 Identificação: https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.12.1425 ; https://www.sciencedirect.com/science/journal/20937911/13/supp/S Autor(es): Soraya Wingester Vasconcelos, Elizabeth Costa Dias e Fernando Donato Vasconcelos (ORCID 0000-0003-2193-7428)
Gravidez Invisível: Proteção à Maternidade em Ambientes de Trabalho Hospitalares	Fundacentro - Apresentação oral em Mesa Redonda sobre "O olhar de mulheres pesquisadoras sobre a segurança e saúde no trabalho feminino". Evento em homenagem ao Dia Internacional da Mulher. 08/03/2022 Identificação: https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/centrais-de-conteudo/cursos-e-eventos/slides-soraya-vasconcelos_watermark.pdf Autor(es): Soraya W. Vasconcelos, Elizabeth C. Dias e Fernando D. Vasconcelos
Women and Work in the Hospital Environment: A Short Review	Short Paper. Apresentação oral/vídeo no European University Alliance for Global Health (EUGLOH – 2021) Autor(es): Soraya Wingester Vasconcelos
Protocolo da revisão de escopo para descrever o estado da arte sobre trabalho e proteção da maternidade nos setores hospitalares de assistência direta à saúde	<i>Open Science Framework</i> (OSF) – registro de protocolo Identificação: doi.org/10.17605/OSF.IO/SZHQG Autor(es): Soraya W. Vasconcelos, Elizabeth C. Dias e Alexandra Matias
Você está segura no ambiente de trabalho?	Live em celebração à Semana Mundial de Aleitamento Materno Organização – Casa Caeté. Identificação: https://www.instagram.com/reel/CwVtPDKo2WQ/?igsh=MTdkem03bzFhc3g4aQ== Participação da Fundacentro: Soraya Wingester Vasconcelos e Juliana Andrade Oliveira

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AME	Amamentação Exclusiva
AOHS	<i>Act respecting Occupational Health and Safety</i>
ASCOM	Assessoria de Comunicação
ASO	Atestado de Saúde Ocupacional
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DPP	Depressão Pós-Parto
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Edema MMII	Edema de membros inferiores
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FRMS	Sistemas de Gerenciamento de Risco de Fadiga
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO	<i>International Labour Organization</i>
ITcc	<i>Temporary Disability due to common contingency</i>
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MEC	Ministério da Educação
NIOSH	<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OR	<i>Odds Ratio</i>
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PCC	<i>Population, Concept and Context</i>
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PGR	Programa de Gerenciamento de Riscos
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
POR	<i>Pregnancy Occupational Risk</i>
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PRE	Benefit for Risk during Pregnancy
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes Extension for Scoping Reviews</i>
PRO	Pregnancy Occupational Risk
PSC	<i>Psychosocial Safety Climate</i>
PT	Parto pré-termo
RCIU	Crescimento Intrauterino Restrito
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SST	Segurança e Saúde no Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Índice de Tucker Lewis
TPP	Trabalho de parto prematuro
UF	Unidade da Federação brasileira
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE

RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
Objetivos do estudo	6
<i>Graphical abstract</i> - estrutura do estudo	8
2. MATERIAIS E MÉTODOS	9
2.1. Desenho do estudo	9
2.2. ETAPA 1 – Revisão de escopo: o estado da arte sobre trabalho e proteção da maternidade nos setores hospitalares de assistência à saúde	13
2.2.1. Metodologia	13
2.2.1.1. Busca de evidências	13
2.2.1.2. Seleção de estudos	14
2.2.1.3. Extração dos dados	18
2.2.1.4. Síntese dos resultados	19
2.3. ETAPA 2 – Avaliação da percepção de riscos ocupacionais e de seus impactos na saúde por trabalhadoras de áreas da assistência hospitalar	19
2.3.1. População do estudo	20
2.3.2. Amostra e tipo de amostragem	21
2.3.3. Instrumentos	23
2.3.4. Coleta de dados	32
2.3.5. Análise dos dados	34
2.4. ETAPA 3 – Proposição de medidas de proteção à saúde da trabalhadora e à maternidade nos ambientes de trabalho dos setores de urgência, terapia intensiva (CTI), oncologia e ambulatório	39
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO PARCIAL DAS ETAPAS 1 E 2	41
3.1. ETAPA 1 – O estado da arte sobre a proteção da maternidade e do trabalho nos setores hospitalares de assistência à saúde	41
3.1.1. Características dos artigos e demais produções	41
3.1.2. Riscos ocupacionais, doenças e agravos relacionados à saúde reprodutiva	46
3.1.3. Exposição a fatores de risco ocupacionais	47
3.1.4. Desfechos nas saúdes sexual e reprodutiva, e do conceito, feto ou bebê, relacionados ao trabalho	49

3.1.4.1. Impactos na saúde da trabalhadora	49
3.1.4.2. Gravidez – desfechos relacionados ao trabalho	50
3.1.4.3. Saúde do conceito e do feto ou bebê.....	51
3.1.5. Normativas técnico-jurídicas de proteção da maternidade e do trabalho	53
3.1.5.1. Proteção à maternidade enquanto direito humano, essencial e fundamental	59
3.1.5.2. Proteção à saúde no trabalho	60
3.1.6. Aleitamento materno no trabalho e creche (e cuidados com a criança)	72
3.1.7. Benefícios.....	75
3.1.7.1. Licenças médica e preventiva	76
3.1.7.2. Licença maternidade.....	78
3.1.7.3. Licença de paternidade	79
3.1.7.4. Licença parental	80
3.1.8. Boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar.....	80
3.1.8.1. Medidas relacionadas à proteção da maternidade e do trabalho	83
3.1.8.2. Aleitamento materno no trabalho e creche	88
3.1.8.3. Educação em Segurança e Saúde no Trabalho (SST) e maternidade	89
3.1.9. Atuação da equipe de SST, gestores e políticos.....	91
3.1.10. Conciliação entre trabalho, maternidade e família.....	92
3.2. ETAPA 2 – Percepção das trabalhadoras da assistência direta à saúde, no setor hospitalar: relações entre trabalho, saúde e maternidade	94
3.2.1. Perfil sociodemográfico e profissional das trabalhadoras	95
3.2.2. A vivência da gravidez: intenção, experiência e ocorrências	97
3.2.2.1. Aspectos gerais.....	97
3.2.2.2. Orientações médicas recebidas sobre gravidez, amamentação e trabalho	99
3.2.2.3. Queixas e agravos à saúde durante a gestação e afastamento do trabalho.....	103
3.2.3. As trabalhadoras e a percepção dos riscos ocupacionais: biológicos, químicos, físicos, biomecânicos e de acidentes, e psicossociais	110
3.2.3.1. Riscos biológicos.....	113
3.2.3.2. Riscos químicos.....	117
3.2.3.3. Risco físico	120
3.2.3.4. Riscos biomecânicos e de acidentes	122
3.2.3.5. Fatores de risco psicossociais	129

3.2.4. As trabalhadoras e a percepção dos agravos à saúde da gestante, concepto e feto, possivelmente relacionados ao ambiente de trabalho.....	137
3.2.4.1. Percepção dos agravos à saúde da gestante, concepto e feto, possivelmente relacionados às condições de trabalho.	139
3.2.4.2. Percepção dos agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados pelo trabalho ..	145
3.2.5. As percepções das trabalhadoras sobre as relações entre trabalho e maternidade	151
3.2.5.1. Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho (DEQUI).....	154
3.2.5.2. Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha (PROMT).....	158
3.2.5.3. Conciliação entre trabalho e maternidade	163
4. DISCUSSÃO GERAL	167
4.1. Sobre o perfil da população, a partir da amostra	167
4.2. Sobre a vivência da gravidez	168
4.3. Sobre as trabalhadoras e a percepção dos riscos ocupacionais	173
4.4. Sobre os riscos percebidos pelas trabalhadoras e o que é preconizado para a proteção da maternidade nos ambientes de trabalho	183
4.5. Sobre as trabalhadoras e a percepção dos agravos à saúde da gestante, concepto e feto, possivelmente relacionados às condições de trabalho	185
4.6. Sobre as trabalhadoras e a percepção dos agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados pelo trabalho	187
4.7. Sobre o Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho (DEQUI)	189
4.8. Sobre o Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha (PROMT)	190
4.9. Sobre a conciliação entre trabalho e maternidade	192
5. PROPOSIÇÃO DE MEDIDAS DE PROTEÇÃO - ETAPA 3	195
5.1. Considerações iniciais	195
5.2. Medidas de proteção	196
5.2.1. Riscos biológicos percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde, e medidas de gerenciamento de risco.....	198
5.2.2. Riscos químicos percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde e medidas de gerenciamento de risco.....	200
5.2.3. Risco físico (radiação ionizante) percebido pelas trabalhadoras e descrito na literatura, possíveis desfechos na saúde, e medidas de gerenciamento de risco	202
5.2.4. Fatores de esforço físico percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde e medidas de gerenciamento de risco.....	204

5.2.5. Fatores predisponentes a acidentes percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde e medidas de gerenciamento de risco	206
5.2.6. Fatores de risco psicossociais percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde e medidas de gerenciamento de risco	207
5.3. Educação em Segurança e Saúde no Trabalho (SST)	211
5.4. Aleitamento materno no trabalho, creche e cuidados com a criança	215
5.5. Atuação da equipe de SST e gestores	216
5.6. Conciliação entre trabalho, maternidade e família	217
6. CONCLUSÕES	219
PERSPECTIVAS FUTURAS.....	221
BIBLIOGRAFIA.....	223
APÊNDICES	243

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Etapas da investigação.....	9
FIGURA 2 - Diagrama representativo do desenho do estudo	10
FIGURA 3 - Síntese do marco teórico-conceitual para o desenvolvimento da tese	12
FIGURA 4 - Dendrograma das questões com Escala Likert	30
FIGURA 5 - Diferença Mediana para as respostas às questões	30
FIGURA 6 - Especificação do modelo de Análise Fatorial Confirmatória aos construtos “Dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho” e “Proteção da maternidade no setor onde trabalha”	37
FIGURA 7 - Distribuição dos indicadores de dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho (Construto 1) e de proteção da maternidade no setor onde se trabalha (Construto 2)	38
FIGURA 8 - Fluxograma de pesquisa da revisão de escopo	41
FIGURA 9 - Esquema sobre as definições de Vigilância Ocupacional	84
FIGURA 10 - Representação esquemática da população de estudo e de respondentes do questionário Percepção dos Riscos Ocupacionais e das Relações entre Trabalho e Maternidade, no Contexto Hospitalar. 94	
FIGURA 11 - Nuvem de palavras a partir dos relatos de queixas das respondentes. Gerada no wordart.com	106
FIGURA 12 - Distribuição percentual de respondentes por risco ocupacional percebido (n=488)	111
FIGURA 13 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção da exposição a materiais biológicos, potencialmente contaminados por patógenos (n=488)	113
FIGURA 14 - Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a riscos químicos (n=488)	117
FIGURA 15 - Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição à radiação ionizante	120
FIGURA 16 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção da exposição a fatores de esforço físico (n=488)	122
FIGURA 17 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção da exposição a fatores predisponentes a acidentes (n=488)	125
FIGURA 18 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção da exposição a fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho (n=488)	129
FIGURA 19 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção dos agravos à saúde da gestante e do feto relacionados ao ambiente de trabalho (n=488)	139
FIGURA 20 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção dos agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados durante uma possível gravidez, devido ao trabalho no setor hospitalar (n=488)	145
FIGURA 21 - Distribuição das respondentes, em percentual, de acordo com o nível de concordância com situações de dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho (n= 488).....	152
FIGURA 22 - Distribuição das respondentes, em percentual, de acordo com o nível de concordância com situações relacionadas à proteção da maternidade no setor hospitalar onde trabalha	153
FIGURA 23 - Percentual das respondentes de acordo com a classificação nos Construtos (n= 430).....	154
FIGURA 24 - Respostas subjetivas sobre conciliação entre trabalho e maternidade (n=384)	164
FIGURA 25 - Fluxograma para identificação de trabalhadoras em idade fértil para medidas protetoras e acompanhamento. Elaboração própria	197

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - 1ª seleção de artigos elegíveis da SCOPUS, BVS e Web of Science por título e resumo	16
TABELA 2 - Memória das etapas de importação de citações para o JabRef, seleção, elegibilidade e total de artigos. Período: 30/01/2023 a 10/03/2023.....	17
TABELA 3 – Distribuição da população do estudo por tipo de vínculo e hospital	20
TABELA 4 - População de estudo do Hospital A e tamanho mínimo da amostra por CBO e vínculo	22
TABELA 5 - População de estudo do Hospital B e tamanho mínimo da amostra por CBO e vínculo	22
TABELA 6 - População de estudo e tamanho mínimo da amostra por CBO e vínculo.....	23
TABELA 7 – Estrutura da primeira versão do formulário “Percepção dos Riscos Ocupacionais e das Relações entre Trabalho e Maternidade, no Contexto Hospitalar” por seções e tipo de dados.....	24
TABELA 8 - Pré-teste. Distribuição das respondentes por tipo de vínculo, categoria profissional, variáveis sociodemográficas e gravidez. n=13	27
TABELA 9 – Distribuição das respostas da Escala Likert por perguntas da Seção 8, Cluster e não resposta 28	
TABELA 10 – Síntese da avaliação por total geral de perguntas por seção, por perguntas avaliadas e por tipo de necessidade.....	31
TABELA 11 – Cargas fatoriais obtidas para cada item componente dos construtos.....	37
TABELA 12 – Medidas descritivas dos indicadores de dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho e de proteção da maternidade no setor onde se trabalha	38
TABELA 13 – Literatura incluída na revisão de escopo por autores e ano, título, fonte e abrangência.....	42
TABELA 14 – Riscos ocupacionais, doenças e agravos relacionados à saúde reprodutiva: literatura incluída na revisão de escopo por autores e ano, exposição a riscos e fatores de risco ocupacionais e possíveis desfechos na saúde	46
TABELA 15 – Literatura incluída na revisão de escopo por autores e ano, temas abordados, normas jurídicas e técnicas, e medidas políticas	54
TABELA 16 - Boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar: literatura incluída na revisão de escopo por autores e ano, método/prática e áreas de intervenções	81
TABELA 17 – Tamanho mínimo da amostra por CBO e vínculo, e resultados alcançados	94
TABELA 18 – Distribuição das respondentes de acordo com as características gerais (n=488)	95
TABELA 19 – Distribuição das respondentes de acordo com o perfil profissional (n=488)	96
TABELA 20 – Distribuição das respondentes de acordo com o setor onde trabalham e a jornada diária de trabalho (n=488).....	96
TABELA 21 – Distribuição das respondentes de acordo com a situação de gravidez (n=488)	97
TABELA 22 – Distribuição das respondentes que nunca engravidaram, de acordo com a pretensão em ter filho(s) (n=141)	97
TABELA 23 – Distribuição das respondentes quanto ao nº de gestações anteriores e ameaça de aborto (n=337)	98
TABELA 24 – Distribuição das respondentes que já engravidaram de acordo com o tipo e o número de abortos sofridos (n= 337).....	98

TABELA 25 – Distribuição de partos relatados por número e tipo entre as respondentes que já engravidaram (n= 511 parto).....	99
TABELA 26 – Distribuição das respondentes de acordo com a abordagem médica e orientações recebidas sobre cuidados e restrições no trabalho, durante a gravidez (n=347)	99
TABELA 27 – Distribuição das respondentes de acordo com as orientações recebidas sobre cuidados e restrições no trabalho, durante a gravidez, e comunicação e aceite do empregador (n=182)	100
TABELA 28 – Distribuição das respondentes de acordo com as recomendações quanto à amamentação no local de trabalho recebidas do médico (n=347)	102
TABELA 29 – Distribuição das respondentes de acordo com as informações sobre queixas e afastamento do trabalho durante a gestação (n=347)	103
TABELA 30 – Distribuição das respondentes que tiveram queixas de saúde relacionadas ao trabalho durante a gestação por CBO e setor de trabalho (n= 81)	104
TABELA 31 – Distribuição das respondentes por tipo de queixa e relato das condições de trabalho (n= 81)	105
TABELA 32 – Distribuição das trabalhadoras com experiência de gravidez por relato de afastamento devido a complicações gestacionais (n=346)	107
TABELA 33 – Distribuição das respondentes que se afastaram devido a agravos relacionados à gestação (n= 100).....	107
TABELA 34 - Tempo médio de afastamento do trabalho por grupo de agravos relacionados à gestação ...	109
TABELA 35 – Distribuição percentual das respondentes de acordo com a percepção da exposição aos riscos ocupacionais por faixa etária, setor de atividade, categoria profissional e vínculo de emprego (n= 488).....	112
TABELA 36 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a materiais biológicos por faixa etária, setor de atividade, categoria profissional e vínculo de emprego.	115
TABELA 37 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a riscos químicos por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego	119
TABELA 38 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição à radiação ionizada por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego (n=488)	121
TABELA 39 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a fatores de esforço físico por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego	124
TABELA 40 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a fatores predisponentes a acidentes por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego	128
TABELA 41 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego.....	135
TABELA 42 – Distribuição percentual das respondentes de acordo com a percepção de pelo menos um dos riscos ocupacionais por faixa etária, setor de atividade, categoria profissional e vínculo de emprego (n= 488)	138
TABELA 43 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção dos agravos à saúde da gestante e do feto possivelmente relacionados ao ambiente de trabalho por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego	143

TABELA 44 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção dos agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados durante uma possível gravidez, devido ao trabalho no setor hospitalar por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego.....	149
TABELA 45 – Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho por nível, faixa etária, estado civil e raça/cor.....	155
TABELA 46 – Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho por nível, setor de trabalho, tempo na atividade e jornada de trabalho.....	156
TABELA 47 - Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho por nível, categoria profissional e tipo de vínculo	158
TABELA 48 - Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha por nível, faixa etária, estado civil e raça/cor.....	159
TABELA 49 – Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha por nível, setor de trabalho, tempo na atividade e jornada de trabalho	161
TABELA 50 - Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha por nível, categoria profissional e tipo de vínculo	162

ÍNDICE DE QUADRO

QUADRO 1 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo.....	11

RESUMO

O aumento da presença feminina nos setores produtivos destaca a relevância da proteção à maternidade. No setor hospitalar, onde o trabalho pode coincidir com a idade fértil, os riscos ocupacionais podem afetar a saúde das trabalhadoras, conceitos e bebês. **Objetivos.** Avaliar as relações entre condições de trabalho e maternidade de trabalhadoras na área de assistência hospitalar em idade fértil e propor medidas de proteção à saúde e à maternidade. **Síntese dos métodos.** Estudo transversal, com uso da triangulação de métodos e dados, em três etapas: revisão de escopo, aplicação de questionário e proposição de medidas. **Principais resultados.** O estudo incluiu 488 trabalhadoras, 93,8% tinham de 32 a 45 anos, 70% já tinham experiência de gravidez, 28,9% nunca engravidaram e 35,5% não tinham intenção de engravidar. Das trabalhadoras com experiência de gravidez, 83,6% relataram abordagem médica quanto à ocupação, 52,4% orientações sobre cuidados e restrições no trabalho durante a gravidez, e 68,3% não foram orientadas sobre riscos ocupacionais e amamentação. Ameaças de aborto foram relatadas por 33,0% das trabalhadoras, aborto por 32,6%, partos a termo por 85,1% e pré-termo por 11,4%. Durante a gestação, 23,6% relataram queixas de saúde relacionadas ao trabalho e 28,9% afastamento por intercorrências comuns à gestação. Os riscos ocupacionais foram percebidos por 90,0% das trabalhadoras, exceto radiação ionizante (36,5%). Mais de 52,0% perceberam os agravos à saúde sexual e reprodutiva, exceto retardo de crescimento intrauterino (32,8%) e anomalias fetais (28,8%). Os agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados pelo trabalho foram percebidos por mais de 40,0%, exceto náuseas e vômitos (36,2%), e sangramento vaginal (30,5%). Houve altos níveis de percepção das dificuldades para o equilíbrio maternidade-trabalho, e de preocupação quanto à proteção da maternidade no setor onde trabalha. Somente 6,3% relataram a possibilidade de conciliação entre maternidade e trabalho, com experiências emocionais positivas. **Conclusões.** Tanto a alta quanto a baixa percepção, por falta de conhecimento ou por negação, dos riscos ocupacionais e agravos à saúde sexual e reprodutiva, e os altos níveis dos indicadores de dificuldades para o equilíbrio trabalho-maternidade e para a proteção da maternidade no trabalho, remetem à necessidade de medidas de gerenciamento de risco e de um programa institucional para a vigilância da saúde das trabalhadoras em idade fértil, em especial durante a gestação. Esta investigação pode corroborar a elaboração e melhoria de políticas e programas institucionais que protejam a maternidade e promovam sua conciliação com o trabalho.

Palavras-chave: Trabalhadora da saúde; Riscos ocupacionais; Setor hospitalar; Maternidade; Proteção.

ABSTRACT

The increase in female presence in productive sectors highlights the relevance of maternity protection. In the hospital sector, where work can coincide with childbearing age, occupational risks can affect the health of workers, unborn children, and babies. **Objectives.** To assess the relationship between working conditions and maternity among hospital care workers of childbearing age and to propose measures to protect health and maternity. **Summary of methods.** Cross-sectional study, using triangulation of methods and data, in three steps: scoping review, survey application, and proposal of measures. **Main results.** The study included 488 workers; 93.8% were 32 to 45 years old, 70% had experience of pregnancy, 28.9% had never become pregnant, and 35.5% had no intention of becoming pregnant. Of the workers with pregnancy experience, 83.6% reported a medical approach regarding their occupation, 52.4% received guidance on care and restrictions at work during pregnancy, and 68.3% had no guidance about breastfeeding and risks at work. Threats of abortion were reported by 33.0% of workers, abortion by 32.6%, term births by 85.1%, and preterm births by 11.4%. During pregnancy, 23.6% reported health complaints related to work, and 28.9% reported absence due to complications common to pregnancy. Occupational risks were perceived by 90.0% of workers, except for ionizing radiation (36.5%). More than 52.0% of workers perceived sexual and reproductive health problems, except intrauterine growth retardation (32.8%) and fetal anomalies (28.8%). Health problems for pregnant women intensified by work were perceived by more than 40.0%, except nausea and vomiting (36.2%) and vaginal bleeding (30.5%). There were high levels of perception of difficulties in balancing maternity and work and of concern about the protection of maternity in the work sector. Only 6.3% reported, with positive emotional experiences, the possibility of conciliating maternity and work. **Conclusions.** The high perception of occupational risks and sexual and reproductive health problems, as well as the low perception due to lack of knowledge or denial, and the high levels of the indicators of difficulties for the work-maternity balance and the protection of maternity at work, point to the need for risk management measures and an institutional program to monitor the health of workers of childbearing age, especially during pregnancy. This research can support the development and improvement of institutional policies or programs that protect maternity and work and support the conciliation process between them.

Keywords: Health worker; Occupational risks; Hospital sector; Maternity; Protection.

1. INTRODUÇÃO

As transformações sociais e econômicas, a nível mundial, têm favorecido o aumento significativo da presença feminina no mercado de trabalho. Como decorrência, a divisão de gênero no trabalho tem mudado drasticamente¹ afetando as expectativas das mulheres no que se refere à centralidade do trabalho, família, lazer e outros domínios da vida. Segundo estudo de Lips e Lawson², da Divisão de Estatística das Nações Unidas, no final dos anos 2000, em mais de 60% dos países, a maioria das mulheres era economicamente ativa².

A eficácia das políticas globais de trabalho e família, de promoção da saúde materno-infantil e de prevenção da discriminação contra as mulheres no local de trabalho é intrínseca à proteção da maternidade, enquanto direito humano fundamental. A legislação de proteção da maternidade tem como objetivos permitir que as mulheres combinem seus papéis reprodutivo e produtivo com sucesso, tenham oportunidades e tratamento iguais no emprego ou ocupação, sem prejuízo da saúde ou da segurança econômica³.

Em estudo sobre os cenários de fertilidade, mortalidade, migração e população para o período de 2017 a 2100, Vollset et al., ao analisarem 195 países e territórios, estimaram que o declínio da fertilidade será acelerado e o crescimento populacional diminuirá devido às tendências contínuas de progresso no nível educacional feminino e no acesso à contracepção. Estima-se que a população mundial diminuirá substancialmente a partir de meados do século, até 2100. Para se adaptar à contínua baixa da fertilidade e, ao mesmo tempo, sustentar e melhorar a saúde reprodutiva feminina, os países devem implementar políticas adequadas nos próximos anos⁴.

O maior tempo de escolarização e a participação no mercado de trabalho, além do desejo de famílias menores e do acesso à tecnologia de reprodução assistida, são fatores que contribuem para adiamento da procriação. Com isso, a idade materna avançada, frequentemente definida após os 35 anos de idade da mulher, tornou-se cada vez mais comum. Por exemplo, 18% de todos os nascimentos nos EUA em 2018 foram de mulheres com idade avançada em comparação com aproximadamente 5% em 1970. A taxa de primeiros nascimentos aumentou sete vezes entre mulheres com idades entre 35 e 39 anos, entre 1973 e 2018, e cinco vezes entre mulheres com idade entre 40 e 44 anos, entre 1985 e 2018⁵.

A força de trabalho global inserida, na produção e fornecimento de serviços e produtos relacionados à saúde, é estimada em 234 milhões de trabalhadores, dos quais 71 milhões encontram-se em ocupações de saúde. Embora os dados disponíveis sobre a composição da força de trabalho em saúde por ocupação sejam limitados por grupos

ocupacionais e países, havia no mundo, em 2013, 9,8 milhões de médicos, 20,7 milhões de enfermeiros (ambos os sexos) e parteiras, e cerca de 13 milhões de outros profissionais de saúde⁶. Globalmente, mais de 70% dos trabalhadores no setor social e de saúde são mulheres^{6,7}.

As características habituais da exposição ocupacional nos ambientes de trabalho hospitalar, majoritariamente repetitiva e prolongada, podem trazer riscos à saúde dos trabalhadores. Fatores de risco biológicos, químicos, físicos, biomecânicos e de ordem psicossocial podem impactar negativamente a reprodução e a saúde da trabalhadora grávida, lactante ou em idade fértil^{6,8,9}. Por exemplo, os anestésicos inalatórios, as radiações ionizantes, os agentes antineoplásicos, e os vírus e bactérias trazem risco à saúde sexual e reprodutiva, inclusive o aumento de anomalias congênitas. Outros fatores importantes são a mobilização de cargas, as posturas inadequadas, e os fatores de risco psicossociais que envolvem o trabalho por turnos, horários irregulares e o stress relacionado à organização do trabalho^{9,10}.

Cabe ressaltar que a trabalhadora gestante, para além de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, está sujeita às intercorrências comuns à gestação como náuseas e vômitos, sangramento vaginal, anemia, ansiedade, depressão, infecções do trato urinário e ginecológicas, como demonstra um estudo transversal com entrevistas a 928 puérperas da cidade de Maringá, Brasil. A prevalência geral de intercorrências de 87,8%, com média de 2,4 intercorrências por mulher, foi considerada alta em comparação a um estudo norte americano¹¹.

Ademais, mulheres com idade materna avançada correm maior risco de resultados adversos, apesar das potenciais vantagens sociais do adiamento da gravidez. Elas têm maiores taxas de partos prematuros, nascituros pequenos para a idade gestacional e de baixo peso ao nascer, e, ainda, são mais propensas ao parto cesáreo⁵. Os fetos nesse grupo etário têm maior prevalência de alterações cromossômicas, nomeadamente trissomias 21, 18 e 13, e maior risco de mortalidade¹². Evidências na literatura apontam que a gravidez tardia está associada a um risco aumentado de complicações, como hipertensão induzida pela gravidez e sangramento excessivo. Mulheres mais velhas relataram varizes, hemorroidas, síndrome do túnel do carpo e incontinência de esforço como problemas ou sintomas relacionados à gravidez, inclusive com grande probabilidade de persistirem após a gestação¹³. Outro estudo evidenciou risco excessivo de morte para mulheres de 35 anos ou mais, independentemente do tempo de entrada no pré-natal e do nível de escolaridade¹⁴.

Ao se comparar grupos diferentes de mulheres coreanas quanto às complicações e resultados da gravidez, as profissionais de saúde apresentaram maior *Odds Ratio* (OR)

ajustado em quase todas as consequências obstétricas. Aborto espontâneo, ameaça de aborto, trabalho de parto prematuro, anomalias da triagem fetal e retardo de crescimento intrauterino (RCIU) mostraram maior OR ajustado no grupo de mulheres trabalhadoras do que no grupo de não trabalhadoras¹⁵.

Distúrbios hipertensivos da gravidez (DHG) estão relacionados ao trabalho noturno como demonstra estudo realizado com 18.724 trabalhadoras. Dessas, 60% realizaram pelo menos um turno noturno nas primeiras 20 semanas de gravidez. A prevalência de DHG foi de 3,6% entre as do turno diurno e de 3,8% nas do turno noturno, sendo que o risco de HDP cresceu com o aumento do número de turnos noturnos consecutivos (OR 1,41, IC 95%, 1,01-1,98), e de retornos rápidos após turnos noturnos (OR 1,28, IC 95%, 0,87 -1,95)¹⁶.

Embora haja poucos estudos e necessidade de pesquisas adicionais sobre a pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional, revisão sistemática com meta análise indicou que longas horas de trabalho, trabalho por turnos, ficar em pé por muito tempo, levantar peso e carga física elevada têm impacto limitado sobre os riscos de parto pré-termo e baixo peso ao nascer/pequeno para a idade gestacional (PIG)¹⁷. Resultados semelhantes foram encontrados em outro trabalho de revisão sistemática, no entanto, dadas algumas incertezas na base de evidências, os autores acharam prudente desaconselhar longas horas de trabalho, permanência prolongada e trabalho físico pesado, especialmente no final da gravidez¹⁸.

Mulheres grávidas, trabalhando em hospitais, apresentaram risco aumentado de aborto espontâneo se trabalharam à noite na semana anterior ou se tinham plantões acumulados em turnos noturnos. Dois ou mais turnos noturnos na semana anterior aumentaram o risco de aborto espontâneo após a 8ª semana de gravidez em 32%, em comparação com mulheres que não trabalharam em turnos noturnos no mesmo período¹⁹.

O trabalho em turno noturno durante a gravidez, especialmente quando superiores a 12 horas, aumentou o risco de adoecer no dia seguinte, independentemente dos fatores pessoais e de confusão invariáveis no tempo, em todos os trimestres da gravidez, em funcionárias de hospitais públicos²⁰. Os resultados de um estudo não confirmaram o trabalho noturno durante a gravidez como um fator de risco para a depressão pós-parto (DPP) grave entre trabalhadoras de hospital. Contudo, observou-se risco duas vezes maior de DPP entre mulheres que pararam de trabalhar no turno da noite, após o primeiro trimestre de gravidez²¹.

Ao investigar a prevalência e os motivos autorrelatados para licenças médicas durante a gravidez, estudo constatou que a prevalência de licença médica foi de 56% entre as gestantes ocupadas nas primeiras 32 semanas de gestação, e que mais de uma em cada quatro relataram licença médica de longa duração (> 20 dias, contínua ou intermitente). A dor lombar foi o motivo mais referido. Menos de uma em cada dez afirmou que a licença

médica foi por condições de trabalho. Os preditores positivos de licença médica de longo prazo foram multiparidade, dor lombar antes da gravidez e doença mental, enquanto uma educação superior foi um preditor negativo²². Truong et al em estudo transversal baseado na web, em 12 países europeus, concluíram que os motivos mais comuns de afastamento foram as complicações na gravidez (26,5%); dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (16,2%), além de náuseas e vômitos (16,0%)²³.

Os resultados de uma investigação demonstraram que trabalhadoras grávidas permaneceram ativas durante dois terços da gravidez e que as ausências foram com frequência devido à incapacidade temporária por contingência comum (68,0%), *Temporary Disability due to common contingency*¹ (ITcc), e benefício de risco durante a gravidez (32%), *Benefit for Risk during Pregnancy*² (PRE). Nas primeiras 12 semanas, houve alguns episódios de curto ITcc e no terceiro trimestre ocorreu o primeiro PRE. Os números de ITcc e PRE aumentaram com o decorrer da gravidez, e no final a maioria das trabalhadoras estava ausente²⁴.

Com base em informações diárias sobre presença e ausência durante a gravidez e o tipo de benefício utilizado, observou-se que o benefício de risco ocupacional de gravidez, *Pregnancy Occupational Risk*³ (POR), foi usado em 28,3% das ausências de mulheres altamente expostas a fatores de risco ocupacionais: ergonômicos, de segurança, higiene e psicossociais. E que o auxílio-doença (32%) foi o benefício mais utilizado pelas trabalhadoras grávidas e não esteve associado à exposição a fatores de risco ocupacionais²⁵. Estudo que incluiu profissionais de enfermagem atuantes em hospital público e especializado concluiu que a taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem foi de 21,5%, influenciada principalmente pela licença-maternidade das enfermeiras e licença médica das técnicas de enfermagem²⁶.

Malenfant e De Koninck²⁷ destacam que deixar completamente o trabalho resulta em invisibilidade das gestantes enquanto agentes procriadores, econômicos e sociais, e mantém a invisibilidade da procriação em nossa sociedade. Ao afastarem-se do trabalho, as mulheres perdem seu poder de crítica à organização tradicional de trabalho que é incapaz de ajustar-se a um fato essencial da humanidade, a reprodução. Uma vez que o trabalho não se ajusta à

¹ ITcc - benefício de invalidez temporária por contingência comum usado na Espanha em caso de trabalhadora com algum problema de saúde não relacionado ao trabalho que a impossibilite de trabalhar.

² Em 1999, o benefício social de risco durante a gravidez e/ou lactação (PRE) surgiu como proteção específica para a maternidade, com o objetivo de proteger as grávidas, nascituros e lactentes contra a exposição a fatores de risco ocupacionais, na Espanha. Este benefício é certificado e pago pela Seguradora de Saúde Ocupacional e o trabalhador recebe 100% do seu salário.

³ Idem nota de nº. 2, com sigla diferente.

gestação e à necessidade de amamentação, muitas trabalhadoras, para não perderem remuneração e espaço no mercado de trabalho, procuram minimizar ou esconder os efeitos de sua gravidez em seu desempenho no trabalho.

Casas et al destacam, em estudo de coorte de mais de 200 mil mães e filhos de 13 países europeus, no qual comparam mulheres empregadas com não empregadas, que o emprego durante a gravidez é associado a um risco reduzido de parto pré-termo e que o trabalho em certas ocupações pode estar associado a mudanças no peso da criança ao nascer e à duração da gestação²⁸.

O estudo da relação entre maternidade e emprego na Europa demonstra que, embora a participação feminina no mercado de trabalho tenha se ampliado muito nas últimas décadas, ela tende a refluir à medida que aumenta o número de filhos. Ademais, os planos de trabalho ou de carreira da gestante podem ser seriamente afetados pelo fato de a gravidez ser percebida como uma crise, da gestante ser vítima de discriminação e, especialmente, pela perda de espaço no mercado de trabalho devido à gravidez²⁹.

Ajustes no local de trabalho e o maior controle da gestante sobre o próprio trabalho têm sido fatores associados a menor risco e menor duração de licenças para tratamento de saúde durante a gravidez²⁵. Por outro lado, a decisão de manter-se no trabalho em situações críticas, como na exposição de gestantes a radiações ionizantes^{30,31}, pode levar a trabalhadora a situações de risco sem que haja informações técnicas e medidas de proteção adequadas, especialmente, quando não há um sistema de vigilância que inclua especificamente a exposição ocupacional durante a gestação.

As Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) de Proteção à Maternidade (Nº 183) de 2000³², e de Trabalhadores com Responsabilidades Familiares (Nº.156) de 1981³³, preconizam que a proteção à maternidade inclui a licença-maternidade antes do parto; proteção da saúde no trabalho para mulheres grávidas e lactantes; dinheiro e benefícios médicos; proteção ao emprego e não discriminação; e apoio à amamentação após o retorno ao trabalho. Além disso, uma série de políticas e práticas para o equilíbrio trabalho-família no local de trabalho, incluindo arranjos de trabalho flexíveis; paternidade e licença parental; e apoio a creche³.

A Recomendação nº 191, vinculada à Convenção 183 da OIT, indica que medidas de proteção devem ser tomadas na presença de risco para a saúde no local de trabalho³⁴. Esta proteção deve incluir todos os trabalhadores, mulheres e homens, em todas as fases do ciclo de vida, porém, intervenções específicas para trabalhadoras grávidas e lactantes são necessárias e urgentes. No Canadá, estudo constatou que a maioria das trabalhadoras grávidas conseguiu usar o *Act respecting Occupational Health and Safety* (AOHS) de

Québec em suas estratégias de adaptação das atribuições de trabalho à situação de gravidez, observando-se diminuição das licenças médicas e a manutenção das trabalhadoras no trabalho por mais tempo³⁵. O afastamento da trabalhadora grávida do local de trabalho, por benefício de risco ocupacional^{24,25} não deveria ser a primeira escolha frente aos riscos a que ela e o feto estão expostos, exceto em caso de alta exposição e impossibilidade de medidas preventivas.

A maternidade, enquanto evento reprodutivo e, principalmente, enquanto fenômeno social, é ainda um tema pouco abordado nos estudos de trabalho e saúde³⁶. A proteção à saúde das trabalhadoras gestantes e nutrizes e o afastamento do trabalho em ambiente insalubre trazem à cena questões de grande relevância: a efetividade das medidas de proteção do trabalho da gestante³⁷ e dos demais trabalhadores no setor hospitalar, a visibilidade da gestação, o adiamento da gravidez, a perda de espaço no mercado de trabalho³⁸ e modelos de vigilância em saúde ocupacional adequados.

A relevância do trabalho para a vida da mulher e de seus filhos demanda uma abordagem cuidadosa da exposição aos riscos ocupacionais e que não se restrinja à discussão de se afastar ou não do trabalho. Além disso, há que se levar em conta a percepção que a trabalhadora da saúde tem dos riscos e fatores de riscos a que está exposta no ambiente de trabalho, para que a comunicação e o gerenciamento dos riscos sejam efetivos³⁹. Os conhecimentos subjetivos e objetivos devem ser complementares na avaliação de riscos ocupacionais⁴⁰ à saúde da grávida, lactante ou criança.

A implementação eficaz da proteção à maternidade nos ambientes de trabalho é um desafio. Como contribuição, este estudo teve como objeto a proteção à saúde e maternidade de mulheres que trabalham no setor hospitalar, que estão em idade fértil, notadamente as grávidas, lactantes, que têm filhos ou que pretendem engravidar.

Objetivos do estudo

Objetivo geral

Avaliar as relações entre condições de trabalho e maternidade de trabalhadoras na área de assistência hospitalar, em idade fértil, para propor medidas de proteção à saúde e à maternidade.

Objetivos específicos

1. Descrever o estado da arte sobre trabalho e proteção da maternidade em setores hospitalares de assistência direta à saúde.
2. Avaliar a percepção de riscos ocupacionais e de seus impactos na saúde pelas

trabalhadoras, em idade fértil, dos setores hospitalares de urgência, terapia intensiva (CTI), oncologia e ambulatório.

3. Propor medidas de proteção à saúde da trabalhadora e à maternidade nos ambientes de trabalho dos setores de urgência, terapia intensiva (CTI), oncologia e ambulatório.

Graphical abstract - estrutura do estudo



2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, no qual os dados quantitativos foram coletados por meio de um questionário semiestruturado, que também incluiu perguntas abertas para a obtenção de informações qualitativas. Além disso, para a coleta de dados qualitativos, foi realizado um estudo de revisão de escopo da literatura, com a aplicação da ferramenta *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁴¹. Esta pesquisa de métodos mistos⁴² valeu-se da estratégia de triangulação concomitante para coleta dos dados nas duas primeiras etapas, e a última constituiu-se no resultado final dos estudos realizados, ou seja, na elaboração da proposta de medidas de proteção à saúde da trabalhadora e à maternidade, Figura 1.

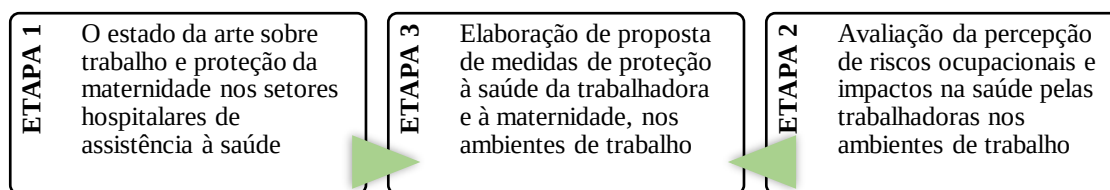


FIGURA 1 - Etapas da investigação

A triangulação dos dados nesta investigação diz respeito à recolha de informações, em momentos, espaços e fontes distintas. A coleta de dados ocorreu em bases de dados, revistas especializadas e literatura cinza para a revisão de escopo, e em dois hospitais situados em duas Unidades da Federação (UF) brasileira, com a população de estudo contemplando diferentes categorias profissionais e atividades assistenciais. Com a triangulação de métodos, buscou-se obter informações mais completas e detalhadas sobre o objeto do estudo, envolvendo a combinação das abordagens qualitativa e quantitativa para o levantamento de evidências científicas e da percepção das trabalhadoras quanto aos fatores de riscos ocupacionais e as relações entre trabalho e maternidade, com consequente proposta de medidas de proteção^{43,44}.

Os métodos qualitativo e quantitativo foram aplicados com a expectativa de se compensar os pontos fracos de um dos métodos com os pontos fortes do outro. Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados concomitantemente, com a mesma atribuição de peso, e depois comparados para determinar se houve convergências, diferenças e combinações. Ao citar outros autores, Creswell (2010) diz que essa comparação ainda pode ser referida como uma tentativa de se confirmar, fazer validação cruzada ou corroborar resultados dentro de um único estudo, quando o pesquisador usa dois métodos diferentes de

pesquisa⁴¹. Essa comparação se deu com a integração dos resultados dos dois bancos de dados lado a lado na análise final, além da fusão dos dados qualitativos e quantitativos gerados com a aplicação do questionário semiestruturado do estudo descritivo transversal, Figura 2.

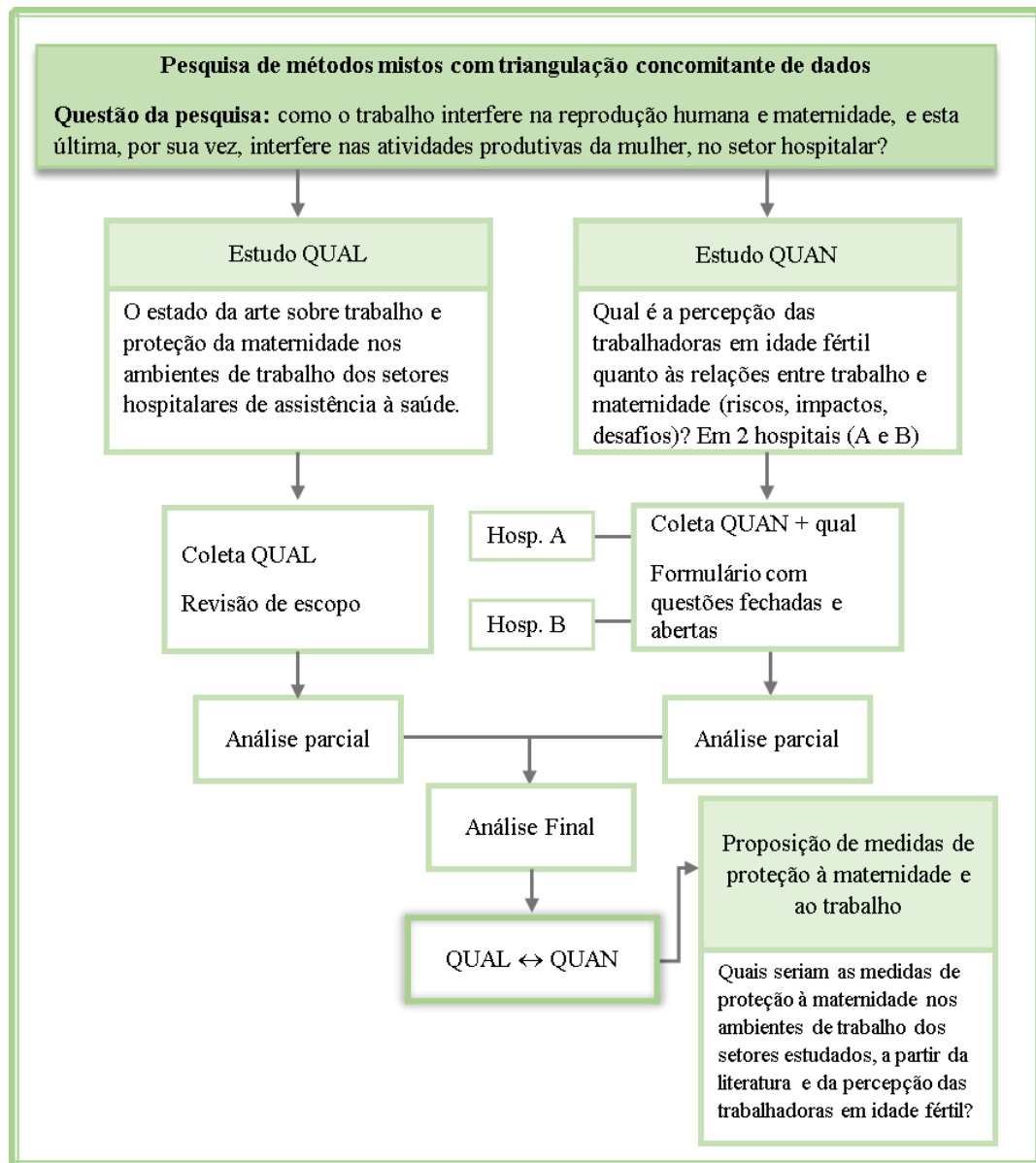


FIGURA 2 - Diagrama representativo do desenho do estudo

Notas: QUAL – Qualitativo; Quan – Quantitativo; Coleta QUAN + qual – coleta de dados qualitativos secundários em relação aos dados quantitativos.

As limitações do modelo de métodos mistos residem no fato de que é necessário um grande esforço e perícia para se estudar um fenômeno com o uso de dois métodos distintos, o que torna essencial considerar a natureza do objeto de estudo no planejamento da pesquisa.

Ademais, pode ser bem complicado comparar os resultados de análises, que usam dados e formas diferentes, e tentar resolver as discrepâncias que surgem na comparação dos resultados^{41,43,44}.

Quanto aos seus objetivos, esta investigação foi descritiva, por prescindir da interferência do pesquisador na análise, e com o emprego de técnicas padronizadas de coleta de dados (questionário e revisão de escopo de literatura). Os principais aspectos metodológicos dos estudos estão sintetizados no Quadro 1.

QUADRO 1 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo

Desenho do estudo	Pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados	
	Qualitativo	Quantitativo
	Revisão de escopo com o uso do PRISMA-ScR	Estudo transversal
Objetivo específico	O estado da arte sobre trabalho e proteção da maternidade nos ambientes de trabalho dos setores hospitalares de assistência à saúde	Avaliação da percepção de riscos ocupacionais e impactos na saúde pelas trabalhadoras nos ambientes de trabalho
Participantes	Não se aplica	Trabalhadoras da assistência direta hospitalar das equipes de enfermagem e médica, em idade fértil (18 a 45 anos)
Coleta de dados	De acordo com o protocolo da revisão de escopo	Questionário online desenvolvido especificamente para a investigação, com base no questionário da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Análise de dados	De acordo com o protocolo da revisão de escopo	Estatística descritiva SPSS®, versão 22

Na etapa 1, buscou-se estudar os fatos e as relações estabelecidas entre as variáveis pertinentes ao objeto de estudo, por meio da revisão de escopo da literatura com o uso da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁴². Os métodos de revisão de escopo são úteis quando os tópicos são complexos ou têm literatura heterogênea, sendo necessário extrair os dados para mapeá-la. Ainda, as revisões de escopo podem resumir um campo, identificar lacunas para pesquisas e orientar projetos futuros⁴⁵.

Na etapa 2, os mesmos fatos e relações foram estudados com a aplicação de um questionário online para coleta de dados quantitativos e qualitativos, sendo estes secundários em relação aos quantitativos. A partir das análises parcial e final dos estudos realizados, foram elaboradas proposições de medidas de proteção à saúde, à maternidade e ao trabalho das trabalhadoras em idade fértil, mães e gestantes dos setores hospitalares estudados, o que consistiu na 3ª etapa dessa investigação.

Um marco teórico-conceitual foi delineado com o objetivo de orientar e fundamentar a investigação em suas diversas etapas, Figura 3. A intenção foi de orientar o desenvolvimento das etapas 1 e 2 quanto aos contextos, objetos e populações a serem contemplados, além dos principais aspectos sociais e fatores relacionados ao meio ambiente de trabalho, que precisam ser considerados para o alcance dos resultados desejados da proteção à maternidade no trabalho: local de trabalho seguro, saúde reprodutiva, gravidez e recém-nascido saudáveis, continuidade da amamentação e planos de trabalho e carreira preservados.

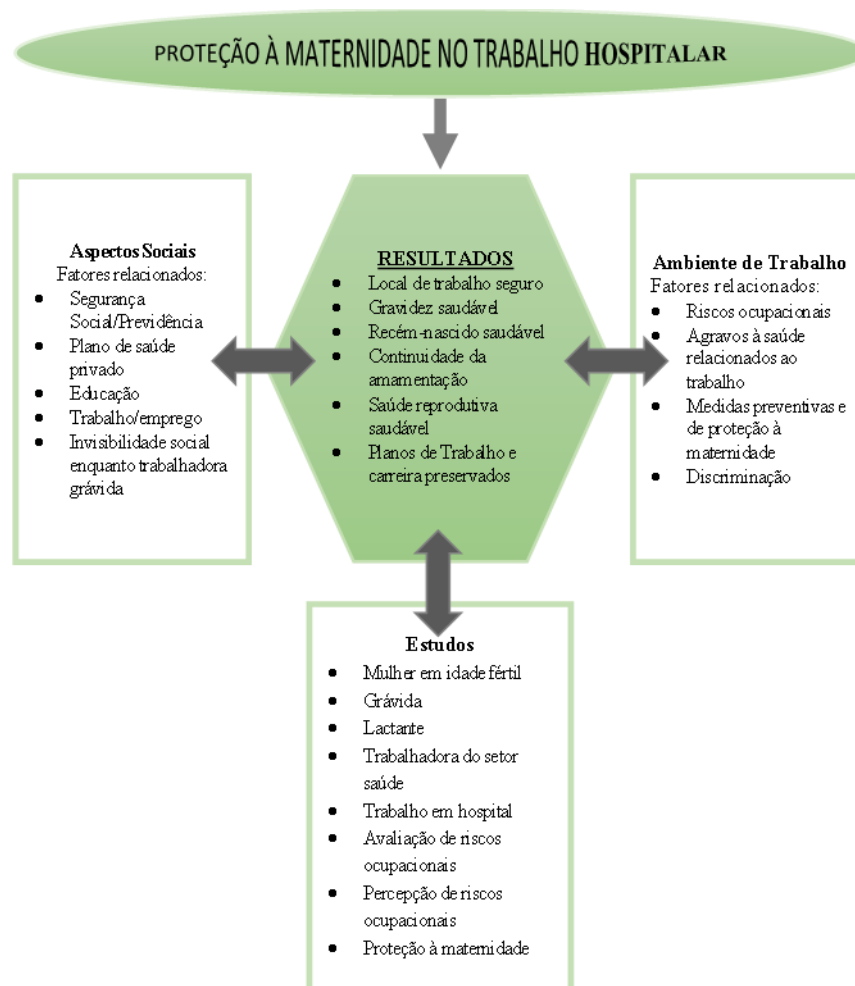


FIGURA 3 - Síntese do marco teórico-conceitual para o desenvolvimento da tese

A seguir, são apresentadas as metodologias das etapas 1 e 2 da investigação, bem como para a proposição das medidas de proteção à maternidade nos setores hospitalares estudados (etapa 3).

2.2. ETAPA 1 – Revisão de escopo: o estado da arte sobre trabalho e proteção da maternidade nos setores hospitalares de assistência à saúde

O objetivo do estudo qualitativo realizado nessa etapa, por meio de revisão de escopo, foi levantar a produção de conhecimentos e práticas, nos níveis nacional e internacional, para auxiliar na proposição de medidas de proteção da maternidade e do trabalho em setores hospitalares de assistência direta à saúde.

2.2.1. Metodologia

Para este estudo, foi elaborado e registrado no *Open Science Framework* (OSF) o protocolo da revisão de escopo (doi.org/10.17605/OSF.IO/SZHQG), aprovado em 23/01/2023, para descrever o estado da arte sobre trabalho e proteção da maternidade nos setores hospitalares de assistência direta à saúde, Apêndice A. A aplicação da metodologia para a busca e seleção dos artigos e demais produções relacionadas ao tema compreendeu o período de 30/01/2023 a 10/03/2023. Os resultados e discussão foram realizados ao longo de 2023.

A formulação das perguntas desse estudo considerou a estratégia *Population, Concept and Context* (PCC) para *scoping review*, onde: P= trabalhadores da assistência direta à saúde; C= proteção da maternidade e do trabalho; e C= unidade hospitalar.

1. Quais são as evidências sobre a exposição a riscos e quais os fatores de risco ocupacionais, desfechos e impactos na saúde reprodutiva das trabalhadoras da assistência à saúde do setor hospitalar?
2. Quais são as normativas jurídicas e técnicas mais atuais em Segurança e Saúde no Trabalho, que contemplem a proteção da maternidade e do trabalho, no setor hospitalar?
3. O que a literatura aponta como boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho (implementadas ou não) no setor hospitalar?

2.2.1.1. Busca de evidências

Nesta revisão, o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes – PRISMA Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁴² foi utilizado no processo de busca e seleção dos estudos, bem como na apresentação e discussão dos resultados.

Fontes de informação

As seguintes bases de dados bibliográficas foram pesquisadas para identificar estudos potencialmente elegíveis: Scopus, PubMed, Web of Science, e Lilacs, Medline, BDENF e IBICS por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)⁴. Revistas especializadas em Segurança e Saúde do Trabalho, Medicina do Trabalho e revistas das categorias profissionais da saúde foram pesquisadas para aumentar o número de artigos, utilizando-se os mesmos termos de busca no título, resumo ou no corpo do texto. Também, foi considerada a literatura cinza^{46,47}, principalmente, para o levantamento de normas jurídicas e técnicas, e boas práticas de proteção da maternidade no contexto do trabalho hospitalar.

2.2.1.2. Seleção de estudos

Critérios de elegibilidade aplicados:

- Nas bases de dados e revistas especializadas: artigos científicos em inglês, português e espanhol, revisados por pares e publicados em revistas acadêmicas no período de 2010 a 2022.
- Nas fontes de literatura cinza: produções sem limite de anos, em inglês, português e espanhol, publicadas na web ou que sejam de fácil acesso e recuperação.

Critérios de inclusão:

- Foram considerados estudos observacionais, qualitativos, de intervenção e de melhoria da qualidade.
- A população do estudo deveria ser composta por profissionais de saúde em idade fértil ou gestantes, incluindo aquelas em formação na área, das diversas categorias profissionais de assistência à saúde nos setores hospitalares.
- Os dados informados deveriam ser sobre: condições de trabalho, trabalhadora grávida no setor hospitalar, intercorrências comuns durante a gravidez, desfechos sobre a saúde reprodutiva por exposições a riscos ocupacionais, e boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho nos ambientes de trabalho hospitalares.

Critérios de exclusão:

⁴ Scopus - Base de dados de referências e citações de literatura científica com *peer-review*. PubMed - Plataforma de busca da National Library of Medicine. Web of Science - Site que fornece acesso a vários Bancos de dados que fornecem dados abrangentes de citações para muitas disciplinas acadêmicas diferentes. Atualmente é mantido pela Clarivate Analytics. Lilacs - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Medline - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online é uma base de dados online de acesso gratuito a referências e resumos de revistas científicas da área Biomédica. BDENF - Base de dados de Enfermagem foi criada em 1986 com o objetivo de coletar e processar a literatura brasileira de Enfermagem. IBICS - Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências de la Salud. BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

- Artigos e produções (literatura cinza) que não se enquadram no quadro conceitual do estudo baseado na estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) para *scoping review*: P- trabalhadores da assistência direta à saúde; C- proteção da maternidade e do trabalho; e C- unidade hospitalar.
- Artigos sobre ensaios em animais, práticas não ocupacionais, atendimento ao paciente.

A busca

Uma estratégia preliminar de busca foi desenvolvida em uma das bases de dados, a SCOPUS, usando-se palavras relacionadas ao assunto do estudo para ajudar a definir as palavras-chave, suas combinações, os operadores booleanos e truncamento a serem utilizados. As bases de dados escolhidas foram submetidas ao mesmo processo de pesquisa. Todas as citações identificadas foram importadas para o JabRef 5.1⁵, gerenciador de referências bibliográficas, por meio de arquivos *BibTex*⁶ gerados nas bases de dados.

A SCOPUS foi escolhida para os testes por ser organizada por especialistas e combinar de forma única um banco dados de resumos e citações, com dados enriquecidos e associados à literatura acadêmica, abrangendo grande variedade de disciplinas. A SCOPUS atribui um identificador para cada autor dos artigos por ela indexados. Portanto, além de ser a maior base de dados de resumos e citações de literatura revisada por pares, com ferramentas bibliométricas para acompanhar, analisar e visualizar a pesquisa, é, também, uma base de pesquisadores⁴⁸.

A partir das perguntas do estudo, buscou-se combinações de palavras-chave relacionadas ao assunto de cada pergunta. Para que a busca na SCOPUS fosse mais abrangente e com maiores resultados, foram usadas as combinações em inglês. Contudo, algumas combinações resultaram em número elevado de citações que não contemplavam os temas das perguntas e, portanto, foram excluídas. As combinações de palavras-chave escolhidas e os operadores booleanos utilizados, bem como a memória de busca das citações encontram-se descritos no Apêndice B.

Quando da busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), as combinações foram usadas em inglês e português. A partir dos resultados obtidos, decidiu-se por manter os achados em português. Esta foi uma estratégia para verificar se seria possível alcançar um

⁵ JabRef - Software de gerenciamento de citações e referências de plataforma cruzada e de código aberto.

⁶ BibTex - Banco de dados de bibliografia BibTeX.

maior número de resultados em português. Na BVS, as seguintes bases foram pesquisadas: MEDLINE; LILACS; BDENF e IBECs.

A partir dos resultados obtidos nas bases de dados e que foram importados para o JabRef, Apêndice C, combinações dos mesmos termos de busca foram usadas para as buscas via próprio JabRef e manuais, observando-se os critérios de inclusão e exclusão adotados para essa revisão. Isso consistiu na primeira etapa de seleção de artigos elegíveis (somente bases de dados), Tabela 1.

TABELA 1 - 1ª seleção de artigos elegíveis da SCOPUS, BVS e Web of Science por título e resumo

Perguntas	KW	Total com remoção manual de duplicidades	Total 1ª etapa	Total 2ª etapa	Total 3ª etapa	Total 4ª etapa
Pergunta 1	1KW - SCOPUS	28	16	4	2	2
	1KW - WofS	25	20	8	6	5
	1KW - BVS	37	23	11	8	4
	1KW – BVS português	0	0	0	0	0
	2KW - SCOPUS	21	18	11	5	4
	2KW - WofS	1	0	0	0	0
	2KW - BVS	23	15	10	3	2
	2KW – BVS português	9	9	9	5	2
Total		144	101	53	29	19
Pergunta 2	3KW - SCOPUS	36	24	24	12	1
	3KW - WofS	8	8	5	1	0
	3KW - BVS	9	5	3	2	0
	3KW – BVS português	1	1	1	0	0
	4KW - SCOPUS	22	10	8	1	0
	4KW - WofS	3	3	3	2	2
	4KW - BVS	10	7	7	1	1
	4KW – BVS português	5	3	2	1	1
Total		94	61	53	20	5
Pergunta 3	5KW - SCOPUS	21	20	7	1	0
	5KW - WofS	2	0	0	0	0
	5KW - BVS	1068	763	118	7	2
	5KW – BVS português	24	19	10	2	1
	6KW - SCOPUS	70	35	18	0	0
	6KW - WofS	15	12	6	1	0
	6KW - BVS	0	0	0	0	0

Perguntas	KW	Total com remoção manual de duplicidades	Total 1ª etapa	Total 2ª etapa	Total 3ª etapa	Total 4ª etapa
	6KW – BVS português	0	0	0	0	0
Total		1200	849	159	11	3
Total Geral		1438	1011	265	60	27

A Tabela 2 apresenta a síntese de todas as etapas de busca e seleção dos artigos elegíveis e daqueles incluídos na revisão, advindos das bases de dados, revistas especializadas e literatura cinza, bem como os totais por etapa.

TABELA 2 - Memória das etapas de importação de citações para o JabRef, seleção, elegibilidade e total de artigos. Período: 30/01/2023 a 10/03/2023

Etapa da pesquisa		Total
Importação de dados para o JabRef sem duplicatas.	A partir da SCOPUS, BVS* e Web of Science: Número total de artigos a importar = 1703	
Inclusão de artigos a serem avaliados para elegibilidade após triagem das citações.	Novas entradas, com a remoção de 244 duplicidades pelo JabRef= 1459	1438
	Remoção manual de duplicidades= 21	
1ª seleção de artigos elegíveis, da SCOPUS, BVS e Web of Science, por título e resumo.	1ª etapa, por título - Critérios de inclusão/ Palavras-chave** no sistema de busca JabRef	1011
	A inclusão e exclusão foram manuais e com busca no JabRef, até a exaustão.	
	2ª etapa - seleção manual e por busca no JabRef, por título e resumo*** a partir da 1ª seleção.	265
	3ª etapa – seleção manual a partir da 2ª, com os mesmos critérios.	60
2ª seleção de artigos elegíveis – busca em revistas especializadas	4ª etapa – seleção manual a partir da 3ª, por título e resumo, usando palavras relacionadas ao PCC.	27
	Critérios de inclusão: idiomas - inglês, português e espanhol; período de publicação (2012 a 2022); abordar os riscos ocupacionais e desfechos na gravidez e saúde reprodutiva; legislação, normas e boas práticas de proteção à maternidade no setor hospitalar.	31
3ª seleção de artigos/produções elegíveis – Literatura Cinza	Busca de leis e normas jurídicas em sites e demais textos sobre o tema (fora das bases de dados e sem limite de anos).	19
Artigos elegíveis de texto completo a serem avaliados para elegibilidade		1488
Artigos elegíveis de texto completo selecionados		77
Artigos elegíveis de texto completo excluídos	Critérios de exclusão em todas as etapas****	28
Total geral de artigos excluídos	Critérios de exclusão em todas as etapas**** Não se encaixa na estrutura conceitual do estudo: 1474 Não foi possível recuperar o artigo: 3	1439

Etapa da pesquisa	Total
Total geral de artigos incluídos na revisão	49

Notas: *BVS - Biblioteca Virtual de Saúde (Bases: MEDLINE; LILACS; BDNF e IBECs)

**Critérios de inclusão - PCC: População do estudo - pregnant healthcare workers, trabalhadoras da assistência à saúde; Conceito - proteção da maternidade e do trabalho; Contexto: hospital sector, unidade hospitalar. Palavras-chave: absenteeism; absenteísmo; direitos; hospital; maternity; maternidade; occupational; ocupacional; outcome; pregnancy; rights; surveillance; trabalho; trial; vigilância; work.

***Combinações e palavras-chave: hospital and risks; hospital and maternity; hospital and pregnant; hospital and grávida; maternity and health; maternity and policies; maternity and protection; maternity and rights; pregnant and complications; pregnant and protection; pregnant and safety, pregnant and work; surveillance and occupational; surveillance and work; trabalho e boas; trabalho e direitos; trabalho e hospital; trabalho e maternidade; trabalho e políticas; trabalho e resultados; trabalho e riscos; trabalho e segurança; trabalho e vigilância; trial and hospital; vigilância e saúde; work and good; work and surveillance; workplace and maternity; workplace and outcomes; workplace and policies; workplace and pregnancy; workplace and right; workplace and risks; workplace and safety; pregnant; health care personnel; policies.

**** Critérios de exclusão: não se encaixar na estrutura conceitual do estudo e não ter relação com maternidade ou gravidez: testes em animais, práticas não ocupacionais, atendimento ao paciente, prevalência de doenças, tratamento, gênero, abuso, desastre, odontologia, violência, poluição do ar, Covid19 e SARS-Cov-2, indicadores, treatment, patient, laboratory, outbreaks, non-worker, burnout, protocol, pandemic, violence, occupational therapy, outcome, prevalence, tuberculosis, hepatites, blood, indicators e influenza.

2.2.1.3. Extração dos dados

De acordo com o objetivo da revisão, uma planilha Excel foi desenvolvida de forma independente para determinar quais variáveis extrair dos artigos incluídos, sendo continuamente atualizada durante a leitura e pelas semelhanças e temas comuns encontrados nos artigos.

Dados extraídos

Com esta ferramenta (planilha Excel), buscou-se capturar informações relevantes sobre as principais características de cada estudo e sobre o tema, de forma a corroborar as respostas às perguntas da revisão:

- Características do artigo ou produção (autores, ano, título, país de origem e periódico).
- Características dos estudos ou produção (tipo de estudo, assunto da pesquisa; objetivos/questões da pesquisa; metodologia e principais conclusões).
- Temas definidos para discussão dos resultados (exposições a riscos e fatores de risco ocupacionais, desfechos e impactos na saúde reprodutiva das trabalhadoras da assistência à saúde do setor hospitalar; as normativas jurídicas e técnicas em Segurança e Saúde no Trabalho, que contemplem a proteção da maternidade e do trabalho, no setor hospitalar; e boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar.

2.2.1.4. Síntese dos resultados

Os dados coletados foram organizados para apresentar a gama de evidências identificadas que atendem aos objetivos da revisão de escopo. Um fluxograma ilustrando o processo de busca e seleção de artigos foi elaborado de acordo com o PRISMA-ScR. Os dados primeiramente extraídos e inseridos na planilha Excel foram resumidos em tabelas por autor, título, periódico/instituição, abrangência (nacional, região e internacional), tipo de literatura, e por temas de pesquisa e principais achados.

A apresentação dos resultados e discussão foi realizada sob a seguinte forma temática: “Riscos ocupacionais, doenças e agravos relacionados à saúde reprodutiva”; “Normativas técnico-jurídicas de proteção da maternidade e do trabalho”; e “Boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar”.

2.3. ETAPA 2 – Avaliação da percepção de riscos ocupacionais e de seus impactos na saúde por trabalhadoras de áreas da assistência hospitalar

O cenário do estudo dessa etapa da investigação foram dois hospitais universitários sediados em diferentes Unidades da Federação brasileira. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 57165722.3.1001.5149), a coleta de dados ocorreu em momentos diferentes nos dois hospitais, entre 01/08/2023 e 15/10/2023. Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados por meio de um estudo com delineamento transversal.

Os 2 hospitais são administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)⁴⁹ criada em 2011 e ligada ao Ministério da Educação (MEC). A Ebserh administra 40 hospitais vinculados a universidades federais, que têm características específicas: atendem pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), e, principalmente, apoiam a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de pesquisas. A Rede Ebserh/MEC atua de forma complementar ao SUS, e não é responsável pela totalidade dos atendimentos de saúde do país.

Os hospitais universitários, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Atividade 8610-1/01) fazem parte das atividades que compreendem os serviços de internação de curta ou longa duração prestados a pacientes, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências⁵⁰. A escolha dos hospitais foi por conveniência, com vistas à facilidade de acesso, interesse institucional e interlocução com a administração hospitalar. Além disso, foram considerados alguns critérios: ser hospital escola, do setor público, de grande porte, sediado em capital, e com setores assistenciais de urgência, terapia intensiva, oncologia e ambulatório.

2.3.1. População do estudo

A população do estudo compreendeu as trabalhadoras da assistência, que estavam em idade fértil e na faixa etária de 18 a 45 anos, dos setores de urgência, terapia intensiva, oncologia e ambulatorial de dois hospitais universitários brasileiros. O total de trabalhadoras que compõe a população de estudo de cada hospital, por tipo de vínculo empregatício e categoria profissional, encontra-se na Tabela 3.

TABELA 3 – Distribuição da população do estudo por tipo de vínculo e hospital

CBO	População do estudo – HA fabs (f%)			População do estudo – HB fabs (f%)			População total do estudo fabs (f%)		
	SP	CLT	Total	SP	CLT	Total	SP	CLT	Total
AE	5 (1)	0 (0)	5 (1)	11 (2)	0 (0)	11 (2)	16 (1)	0 (0)	16 (1)
TE	51 (6)	234 (28)	285 (34)	4 (1)	254 (46)	258 (47)	55 (4)	488 (35)	543 (39)
E	11 (1)	263 (31)	274 (32)	2 (0)	160 (29)	162 (29)	13 (1)	423 (30)	436 (31)
M	5 (1)	276 (33)	281 (33)	3 (1)	118 (21)	121 (22)	8 (1)	394 (28)	402 (29)
Total	72 (9)	773 (91)	845 (100)	20 (4)	532 (96)	552 (100)	92 (7)	1.305 (93)	1.397 (100)

Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Dados recebidos em 02 e 29/09/2022.

Notas: HA – Hospital A; HB – Hospital B; CBO – Classificação Brasileira de Ocupação; SP – Vínculo de Servidora Pública (estatutária); CLT – Vínculo de contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho; AE – Auxiliar de enfermagem; TE – Técnica de enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica.

Base conceitual e características das profissionais da assistência direta à saúde que fizeram parte da população do estudo:

- Médica é a profissional de assistência à saúde graduada em curso universitário em Medicina reconhecido pelo Ministério da Educação do Brasil e regularmente registrada em um Conselho Regional de Medicina⁵¹.
- Enfermeira é a profissional de assistência à saúde graduada em curso universitário em Enfermagem reconhecido pelo Ministério da Educação do Brasil e regularmente registrada em um Conselho Regional de Enfermagem⁵².
- Técnica de Enfermagem é a profissional de assistência à saúde graduada em curso técnico em Enfermagem reconhecido pelo Ministério da Educação do Brasil e regularmente registrada em um Conselho Regional de Enfermagem^{52,53}.
- A Auxiliar de Enfermagem, no Brasil, é uma profissional que tem como requisito a formação no ensino fundamental completo. A duração do curso é de cerca de quinze (15) meses. A profissional tem competências mais simples e pode atuar em setores ambulatoriais, e deve estar regularmente registrada em um Conselho Regional de Enfermagem⁵³.

- Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵⁴, a idade fértil das mulheres contempla a faixa etária dos 15 aos 49 anos. Contudo, nesse estudo, foi considerado o intervalo de 18 a 45 anos, já que não é permitido o trabalho para menores de 18 anos no setor e categorias profissionais do objeto de estudo. As profissionais estudantes (residência ou especialidades) não foram consideradas na investigação.

2.3.2. Amostra e tipo de amostragem

A amostra de profissionais foi composta conforme os seguintes critérios de inclusão: trabalhadoras das equipes de enfermagem e médica, que estão em idade fértil, com idade entre 18 e 45 anos, com vínculo de emprego, e que trabalham nos setores de urgência, terapia intensiva, oncologia e ambulatório hospitalares.

A amostragem foi estratificada, com critérios aleatórios, por tipo de vínculo empregatício (servidores públicos estatutários e empregados segundo à Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, contratados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh), e por categoria profissional (CBO: auxiliares de enfermagem, técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicas).

Primeiramente, fez-se a aproximação do tamanho da amostra ($n_0 = \frac{1}{E_0^2}$) para cada unidade hospitalar, considerando o erro amostral tolerável de 5% (E_0) e, depois, aplicou-se o fator de correção da amostra inicial, por meio da fórmula $n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$, obtendo-se o tamanho da amostra final (n).

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$$

n_0 = Primeira aproximação (tamanho inicial da amostra)

E_0 = Erro amostral tolerável

E_0 = 5%

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$$

N = Tamanho da população

n = Tamanho da amostra

Como a população do estudo foi proporcionalmente estratificada, considerou-se o n geral de cada hospital e o percentual de cada categoria profissional (CBO: auxiliares de enfermagem, técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicas) por tipo de vínculo empregatício (servidores públicos estatutários e empregados, segundo a CLT), para a estratificação da amostra, Tabelas 4 e 5.

Para o sorteio aleatório das participantes, foram geradas tabelas numéricas aleatórias no Excel, por categoria profissional e vínculo, para cada unidade hospitalar. As trabalhadoras da população de estudo, que tinham os seus nomes anonimizados por número(s)-letra(s), foram selecionadas de acordo com as seguintes regras:

- A seleção dos números foi por linha, começando na primeira linha da tabela aleatória e assim sucessivamente as outras linhas.
- Em caso de número repetido, a seleção continuava com o próximo número da linha.
- Em caso de trabalhadora selecionada, mas sem e-mail institucional ou pessoal, o número era descartado e a seleção continuava com o próximo número da linha.
- Repetiu-se o processo até o alcance do n amostral.

TABELA 4 - População de estudo do Hospital A e tamanho mínimo da amostra por CBO e vínculo

Vínculo CBO	População do Estudo - de 18 a 45 anos (nascidas entre 1976 e 2004)						Tamanho mínimo da amostra por CBO e Vínculo		
	N	%	N Estatutária	%	N CLT	%	n	n Estatutária	n CLT
AE	5	1	5	1	0	0	2	2	0
TE	285	34	51	6	234	28	91	16	75
E	274	32	11	1	263	31	88	4	84
M	281	33	5	1	276	33	90	2	89
Total	845	100	72	9	773	91	271	23	248

Notas: CBO- Classificação Brasileira de Ocupação; AE - Auxiliar de Enfermagem; TE - Técnica de Enfermagem; E - Enfermeira; M - Médica; Estatutária - servidora pública por Regime Jurídico Próprio; CLT - Consolidação das Leis do Trabalho (empregada pública por Regime Jurídico Único).

TABELA 5 - População de estudo do Hospital B e tamanho mínimo da amostra por CBO e vínculo

Vínculo CBO	População do Estudo - de 18 a 45 anos (nascidas entre 1976 e 2004)						Tamanho mínimo da amostra		
	N	%	N Estatutária	%	N CLT	%	n	n Estatutária	n CLT
AE	11	2	11	2	0	0	5	5	0
TE	258	47	4	1	254	46	108	2	106
E	162	29	2	0	160	29	68	1	67
M	121	22	3	1	118	21	51	1	49
Total	552	100	20	4	532	96	231	8	223

Notas: CBO- Classificação Brasileira de Ocupação; AE - Auxiliar de Enfermagem; TE - Técnica de Enfermagem; E - Enfermeira; M - Médica; Estatutária - servidora pública por Regime Jurídico Próprio; CLT - Consolidação das Leis do Trabalho (empregada pública por Regime Jurídico Único).

Contudo, optou-se por se juntar as duas populações e refazer a amostragem que permaneceu proporcionalmente estratificada e com critérios aleatórios, Tabela 6. Essa decisão foi tomada logo após a experiência do pré-teste do formulário nos hospitais, descrita adiante, na seção de “Instrumentos”. A homogeneidade das populações dos dois hospitais, em termos de categorias profissionais, tipos de vínculos empregatícios e setores assistenciais, e a administração dos hospitais pela mesma empresa (Ebserh) favoreceram a fusão das populações. Alguns aspectos negativos como listas de e-mail das populações de estudo desatualizadas, bloqueio por parte do servidor de internet de muitos destinatários, questões financeiras e tempo também foram considerados⁵⁵. Com a fusão das populações o n amostral passou de 502 (Hospital A – 271; Hospital B – 231) para 310 respondentes.

TABELA 6 - População de estudo e tamanho mínimo da amostra por CBO e vínculo

Vínculo CBO	População do Estudo - de 18 a 45 anos (nascidas entre 1976 e 2004)						Tamanho mínimo da amostra		
	N	%	N Estatutária	%	N CLT	%	n	n Estatutária	n CLT
AE	16	1	16	1	0	0	4	4	0
TE	543	39	55	4	488	35	120	12	108
E	436	31	13	1	423	30	97	3	94
M	402	29	8	1	394	28	89	2	87
Total	1397	100	92	7	1305	93	310	20	290

Notas: CBO- Classificação Brasileira de Ocupação; AE - Auxiliar de Enfermagem; TE - Técnica de Enfermagem; E - Enfermeira; M - Médica; Estatutária - servidora pública por Regime Jurídico Próprio; CLT - Consolidação das Leis do Trabalho (empregada pública por Regime Jurídico Único).

2.3.3. Instrumentos

Elaboração do questionário

Para a execução da etapa 2 da investigação, foi desenvolvido um questionário online que levou em conta vários aspectos e itens do questionário da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)⁵⁶ para avaliação qualitativa da exposição ocupacional de interesse para a saúde de trabalhadoras gestantes, a partir de sua própria percepção. Além disso, a elaboração do questionário levou em consideração as ponderações das professoras orientadoras do estudo. Contudo, devido às especificidades das categorias profissionais e setores estudados, para adequar o instrumento buscou-se evidências da literatura a respeito dos riscos ocupacionais, condições de trabalho, desfechos relacionados ao trabalho e às intercorrências comuns à gravidez no setor hospitalar, bem como questões gerais ligadas às relações entre trabalho e maternidade.

O formulário foi elaborado no aplicativo de gerenciamento de pesquisas Google Forms, seguindo a lógica de ramificação de pergunta ou de direcionamento com base na

resposta. O instrumento inicial era composto de 8 seções e 84 perguntas, fechadas e abertas. As seções de 1 a 7 diziam respeito aos dados sociodemográficos, de gravidez e ocupacionais, com 66 perguntas. A seção 8 era composta por 18 perguntas, sendo que somente 01 era aberta e 17 abordavam temas variados, com o uso da escala de Likert⁵⁷⁻⁶⁰, para medição do nível de concordância das respondentes quanto às afirmações sobre as relações entre maternidade e trabalho, gerais e específicas do setor onde trabalham. A Tabela 7 mostra os temas e subtemas abordados em cada seção e as referências bibliográficas utilizadas como base para a elaboração do questionário.

Como há perguntas sensíveis, o questionário foi elaborado de forma que não será possível qualquer tipo de identificação pessoal da participante. A aplicação do questionário é sem possibilidade de rastreio porque não é solicitada a inserção de nome ou e-mail no formulário online.

TABELA 7 – Estrutura da primeira versão do formulário “Percepção dos Riscos Ocupacionais e das Relações entre Trabalho e Maternidade, no Contexto Hospitalar” por seções e tipo de dados

Seções - Temas	Subtemas/Dados
1. Dados gerais	• Idade em anos • Raça/cor • Estado civil • Tempo de trabalho na atividade hospitalar • Situação vacinal
2. Dados sobre gravidez/gestação	• Gravidez (sim ou não) • Pretensão de ter filhos • Nº de gestações • Ameaça de aborto¹⁵ • Aborto (quantos por tipo)¹⁵ • Parto (quantos por tipo)
3. Orientações médicas recebidas em situação atual ou anterior de gravidez e amamentação ^{10,24,25}	• Pré-natal: orientações médicas sobre cuidados ou restrições, na situação de trabalho. • Cumprimento das orientações: possibilidades de cumprimento (total ou parcial, ou não cumprimento, razões), tipos de cuidados ou restrições, comunicação ao empregador, aceite por parte do empregador (total ou parcial) • Queixas de saúde relacionadas ao trabalho durante a gestação^{15,17,61} • Afastamento do trabalho devido a complicações relacionadas à gestação^{22,23}
4. Hábitos	• Uso de álcool • Tabagismo • Uso de substâncias psicoativas/drogas ilícitas • Atividade física: tipo e quantas vezes na semana
5. Trabalho	• Setor onde trabalha: Urgência, Terapia Intensiva, Oncologia e setor Ambulatorial • Categoria profissional: auxiliar de enfermagem, técnica de enfermagem, enfermeira e médica • Tipo de vínculo/situação atual no mercado de trabalho • Jornada de trabalho

Seções - Temas	Subtemas/Dados
	• Atividades e funções exercidas no trabalho • Adicional de insalubridade • Adicional de periculosidade
6. Fatores de risco percebidos ou identificados no local de trabalho ^{6,9,17,61-63}	• Fatores de risco Biológicos • Uso e qualidade do EPI • Riscos físicos: ruído, calor, radiações ionizantes • Exposição a agentes químicos: gases anestésicos, drogas antineoplásicas, formaldeído/formol, desinfetantes e esterilizantes • Exposição a fatores de riscos biomecânicos e de acidentes: esforço físico e fatores predisponentes a acidentes • Exposição a fatores psicossociais: trabalho em turnos e noturno, jornada de trabalho, múltiplas jornadas, controle rígido de produtividade etc. • Exposição a situações de violência no local de trabalho: física, verbal, e assédio e importunação sexual
7. Desfechos ou ocorrências ^{8,12,14,15,28}	• Relacionados à exposição aos fatores de risco no ambiente de trabalho • Ocorrências e resultados relacionados à gestante e ao feto: aborto, ameaça de aborto, parto pré-termo, anomalias fetais, distúrbios hipertensivos da gravidez etc. • Intensificação das ocorrências comuns na gravidez: náuseas, vômitos, sangramento vaginal, infecções do trato urinário e ginecológicas etc.
8. Relações entre trabalho e maternidade ^{1-3,7,27,29,32-35,64,65}	• Razões que motivam a gestante a permanecer no trabalho após a descoberta da gravidez • Situações no trabalho que limitam as expectativas e oportunidades profissionais da trabalhadora gestante ou mãe • Dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho • Proteção da maternidade no setor hospitalar onde trabalha: nível de conhecimento sobre a legislação e medidas de proteção ao trabalho e maternidade, discriminação, e grau de preocupação quanto aos impactos negativos na saúde e na carreira profissional advindos das relações entre trabalho e maternidade • Palavras que vêm à mente quando se pensa em conciliar trabalho e maternidade

Elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado para cada hospital, segundo o Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021, a Resolução 466/2012 CNS/MS de 12 de dezembro de 2012 e as orientações e determinações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de cada hospital, Apêndices D e E. Ressalta-se que o TCLE também foi utilizado no pré-teste.

Pré-teste do questionário

Objetivos do pré-teste do instrumento

- Avaliar o formato, procedimento e tempo de preenchimento do questionário.

- Avaliar as perguntas e opções de respostas quanto à clareza e a necessidade de complementação, nova redação ou exclusão, bem como a inclusão de novas perguntas ou opções de respostas, a partir das respostas recebidas.
- A análise exploratória para dados com escala Likert: verificar a dissimilaridade (correlações quadráticas), por meio da análise de Cluster⁶⁶, entre as questões cujas respostas se enquadram nos critérios da escala Likert, com o objetivo de se calcular a distância entre elas e entre os clusters formados, em termos de dissimilaridades nas respostas obtidas. Para essas perguntas, também, foi calculada a Diferença Mediana para as respostas às questões, considerando-se a resposta esperada de acordo com a literatura para cada pergunta. A Diferença Mediana esperada é zero, em caso de concordância do observado com o esperado, sendo que o desvio do zero corresponde ao viés de resposta.

Para o sorteio aleatório das participantes da amostra do pré-teste, foram utilizadas as tabelas numéricas aleatórias geradas para o cálculo da amostra do estudo, por categoria profissional e vínculo, para cada unidade hospitalar. As trabalhadoras da população de estudo, que não tinham sido sorteadas para amostra do estudo e que tinham os seus nomes anonimizados por número(s)-letra(s), foram selecionadas de acordo com as seguintes regras:

- A seleção dos números foi por linha, começando após o último número sorteado para a amostra, e assim sucessivamente as outras linhas.
- Em caso de número repetido ou que já tinha sido sorteado para a amostra, a seleção continuava com o próximo número da linha.
- Em caso de trabalhadora selecionada, mas sem e-mail institucional ou pessoal, o número era descartado e a seleção continuava com o próximo número da linha.
- Repetiu-se o processo até o alcance do número pretendido de participantes para o pré-teste, 5% do n amostral total do estudo (502 indivíduos): hospital A= 14 indivíduos; hospital B= 11 indivíduos; total= 25. O tamanho da amostra do pré-teste não precisa ser grande em relação à população do estudo. Alguns autores concordam entre si que 10 a 20 respondentes são suficientes para o pré-teste^{67,68}.

Estratégias utilizadas no pré-teste

Após 02 tentativas de pré-teste sem respostas suficientes, via convites enviados pelo Google Forms às trabalhadoras do Hospital A, optou-se por se fazer o pré-teste somente no Hospital B na expectativa de se conseguir contornar a baixa resposta e as dificuldades na aplicação do questionário. A responsável por acompanhar a pesquisa de campo no Hospital B enviou 01 convite com o link do questionário para as trabalhadoras selecionadas para a

amostra do pré-teste, usando o seu e-mail institucional, contudo, também não houve resposta.

Como última tentativa, as seguintes estratégias para a coleta dos dados foram adotadas: o questionário foi aplicado pela pesquisadora, presencialmente, mas com garantia da anonimização dos dados. A amostragem do pré-teste passou a ser por conveniência ou acessibilidade, representando 6% (13) da amostra mínima do Hospital B. A decisão por uma amostra não-probabilística foi pelas seguintes razões: a baixa reposta nas primeiras tentativas do pré-teste e a indisponibilidade das trabalhadoras devido à pandemia da Covid19, a dificuldade de acesso, questões financeiras e tempo⁵⁵. Como o objetivo foi de simplesmente testar o questionário e não de produzir afirmações ou generalizações sobre a população do estudo, a amostragem por conveniência foi empregada no pré-teste por não ser necessário maior rigor estatístico⁶⁹.

As respondentes tiveram as opções de acessar o questionário online em computador da unidade assistencial (quando disponível) e no celular da pesquisadora, ou de responder o formulário impresso (a maioria) cujas respostas foram posteriormente inseridas no formulário online. Também, introduziu-se mais uma faixa etária (46 anos ou mais) na fase do pré-teste devido à dificuldade de se encontrar as trabalhadoras entre 18 e 45 anos nos setores e turno (matutino) escolhidos.

Resultados e argumentação para a readequação do questionário

O trabalho de campo no Hospital B durou 3 dias, em várias unidades do setor ambulatorial. Do número total previsto de respondentes (13), todas responderam ao questionário, Tabela 8. O tempo de preenchimento foi de até 30 minutos para as respondentes que não estavam grávidas, mas que já engravidaram. As respondentes que nunca engravidaram tiveram um tempo de resposta de até 15 minutos.

TABELA 8 - Pré-teste. Distribuição das respondentes por tipo de vínculo, categoria profissional, variáveis sociodemográficas e gravidez. n=13

Vínculo de emprego	Servidoras públicas estatutárias	Contrato CLT/Ebserh	Total geral
Frequências	fabs (f%)	fabs (f%)	fabs; f%
N por tipo de vínculo	7(54)	6(46)	13(100)
Idade			
32 a 38	0(0)	2(15)	2(15)
39 a 45 anos	3(23)	4(31)	7(54)
46 ou mais anos	4(31)	0(0)	4(31)
Raça/cor			
Branca	1(8)	2(15)	3(23)
Parda	5(38)	4(31)	9(69)
Preta	1(8)	0(0)	1(8)
Estado civil			

Vínculo de emprego	Servidoras públicas estatutárias	Contrato CLT/Ebserh	Total geral
Casada	3(23)	3(23)	6(46)
Divorciada	2(15)	0(0)	2(15)
Solteira	1(8)	1(8)	2(15)
União estável	1(8)	2(15)	3(23)
Tempo de trabalho na atividade hospitalar			
1 a 2 anos	0(0)	1(8)	1(8)
5 ou mais anos	7(54)	5(38)	12(92)
Categoria profissional			
Técnica de enfermagem	2(15)	0(0)	2(15)
Enfermeira	2(15)	2(15)	4(31)
Médica	3(23)	4(31)	7(54)
Setor de trabalho			
Ambulatório	6(46)	6(46)	12(92)
Urgência	1(8)	0(0)	1(8)
Gravidez			
Não estou grávida, mas já engravidei	6(46)	5(38)	11(85)
Nunca engravidei	1(8)	1(8)	2(15)

As questões cujas respostas se enquadram nos critérios da escala Likert constam da Tabela 9. Das 17 perguntas, 4 foram desconsideradas para análise por não se enquadrarem aos critérios da escala (Q 12, Q13, Q16 e Q17), contudo foram reformuladas para permanecerem no questionário.

TABELA 9 – Distribuição das respostas da Escala Likert por perguntas da Seção 8, Cluster e não resposta

Nº	Perguntas por <i>Cluster</i>	DT	D	NC, ND	C	CT	SR
Q10	8.3 As afirmativas a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho: [As múltiplas jornadas de trabalho e vínculos, às vezes necessárias e muito comuns na área da saúde, impactam negativamente o equilíbrio entre maternidade e trabalho.]	0	0	1	5	6	1
Q11	8.3 As afirmativas a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho: [A necessidade de levar trabalho para casa.]	1	1	2	3	4	2
Q4	8.2 Situações no trabalho que limitam as expectativas e oportunidades profissionais da trabalhadora gestante ou mãe: [Ser excluída da tomada de decisões ou de novos projetos após o anúncio da gravidez é uma forma de discriminação que limita as expectativas profissionais.]	0	2	0	3	7	1
Q5	8.2 Situações no trabalho que limitam as expectativas e oportunidades profissionais da trabalhadora gestante ou mãe: [Não ser considerada para cargos de chefia ou para progressão na carreira, por ser mãe ou ter usufruído da Licença Maternidade, é uma forma de discriminação que limita as expectativas profissionais.]	0	1	0	6	5	1
Q3	8.1 Razões que motivam a gestante a permanecer no trabalho após a descoberta da gravidez: [A permissão de ausência ao trabalho, total ou parcial, para exames médicos e pré-natal.]	0	0	0	7	4	2

Nº	Perguntas por <i>Cluster</i>	DT	D	NC, ND	C	CT	SR
Q8	8.3 As afirmativas a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho: [A falta de sistema de apoio no trabalho, como creche e local adequado para amamentação, bombeamento e armazenamento de leite materno ao retornar da Licença Maternidade.]	0	0	3	3	6	1
Q15	8.4 Assinale o seu grau de concordância. [No seu ambiente de trabalho, você percebe que há discriminação em relação ao trabalho da profissional grávida ou mãe, por parte dos colegas ou chefias.]	3	5	0	4	1	0
Q2	8.1 Razões que motivam a gestante a permanecer no trabalho após a descoberta da gravidez: [A gestante considera importante continuar trabalhando para não perder espaço no mercado de trabalho e para não prejudicar a sua carreira.]	0	0	1	5	5	2
Q7	8.3 As afirmativas a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho: [O desrespeito à Licença Maternidade por parte da empresa/instituição.]	0	4	1	2	5	1
Q14	8.4 Assinale o seu grau de concordância. [No seu setor de trabalho, quando a trabalhadora engravida ou se torna mãe, o desempenho dela passa a ser mal avaliado.]	3	3	1	6	0	0
Q9	8.3 As afirmativas a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho: [Falta de arranjos alternativos de trabalho e pouca ou nenhuma flexibilidade para o cumprimento da carga horária de trabalho e para tirar férias, o que dificulta a conciliação entre cuidados com os filhos e o trabalho.]	0	1	1	5	5	1
Q6	8.2 Situações no trabalho que limitam as expectativas e oportunidades profissionais da trabalhadora gestante ou mãe: [A imposição, por parte da empresa/instituição, do afastamento do trabalho como única opção em caso de gravidez.]	0	2	1	4	5	1
Q1	8.1 Razões que motivam a gestante a permanecer no trabalho após a descoberta da gravidez: [A necessidade econômica.]	0	0	1	2	8	2

Notas: Q – Questão; DT – Discordo totalmente; D – Discordo; NC, ND – Não concordo, nem discordo; C – Concordo; CT – Concordo totalmente; SR – Sem resposta

A dissimilaridade entre as questões cujas respostas se enquadram nos critérios da escala Likert pode ser vista no dendrograma, Figura 4. As dissimilaridades baixas entre as perguntas de um mesmo grupo e entre grupos representam maior semelhança quanto às respostas obtidas, como por exemplo entre as perguntas do *cluster* Q10 e Q11, e entre ele e o *cluster* Q4 e Q5.

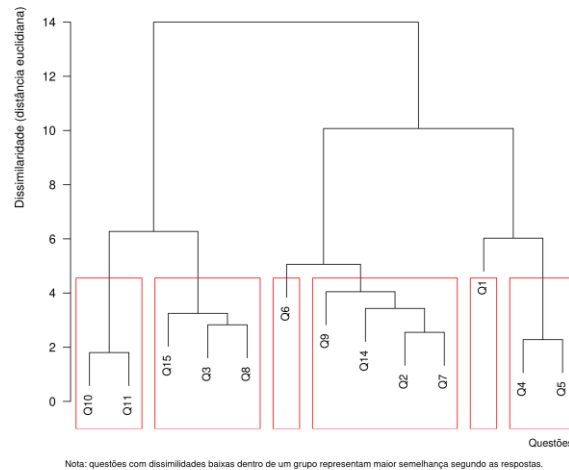


FIGURA 4 - Dendrograma das questões com Escala Likert

A Diferença Mediana para as respostas às questões, considerando-se a resposta esperada para cada pergunta, segundo a escala Likert, pode ser vista na Figura 5. Para cada questão, o ideal ou o que se espera é que a Diferença Mediana seja zero, caso contrário, todo desvio de zero, para mais ou para menos, corresponderá ao viés de resposta. As questões Q1, Q4 e Q6 não apresentaram viés de resposta por terem Diferença Mediana zero, ou seja, medianamente, as perguntas foram respondidas como o esperado.

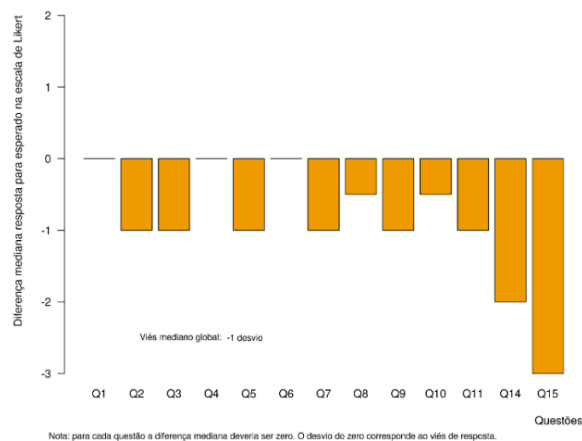


FIGURA 5 - Diferença Mediana para as respostas às questões

O desvio negativo mostrou que as respostas às demais perguntas foram aquém dos “valores ou níveis de concordância esperados”. Porém, o viés mediano global de -1 foi considerado arbitrariamente um valor aceitável para as questões avaliadas. As questões Q14 e Q15 tiveram os maiores desvios de zero e uma possível justificativa pode ser a sensibilidade inerente às afirmativas em cada questão e o receio da respondente de não se

expor ou de abordar o tema, já que são perguntas direcionadas ao ambiente de trabalho onde está alocada. Outras possibilidades explanatórias podem ser aventadas, tais como, mesma categoria profissional, em termos de empoderamento e organização de classe, e visões ideológica e de mercado. Porém, com o presente tamanho de amostra, não se pode afirmar categoricamente.

Na Q14, não houve diferença na opção de resposta “Concordo” que foi a mais marcada, considerando o tipo de vínculo de emprego (estatutário e emprego público), mas houve diferença quanto às categorias profissionais. As enfermeiras, aparentemente, se sentiram mais confortáveis em abordar o tema e foram as que mais se aproximaram da resposta esperada, “Concordo totalmente”. Em relação às respostas “Discordo” e “Discordo totalmente”, as médicas foram a maioria e parece que o tipo de vínculo não teve peso na resposta, próximo de 50% cada.

Na Q15, a com maior desvio em relação à resposta esperada, as médicas tenderam a discordar ou discordar totalmente da afirmativa colocada na questão, e o vínculo de trabalho não pareceu influenciar na resposta (3 estatutárias e 3 com emprego público). As técnicas de enfermagem, servidoras públicas, também discordaram da afirmativa.

O Apêndice F sintetiza a análise das perguntas da Seção 8 por *cluster* e por necessidade de alteração ou exclusão. As perguntas (Q12; Q13; Q16 e Q17), cujas respostas não se enquadravam nos requisitos da escala Likert, foram reformuladas e transformadas em afirmativas, e as respostas passaram a ser “Concordo totalmente; Concordo; Não concordo, nem discordo; Discordo; Discordo totalmente”, conforme o Apêndice G. A síntese da avaliação das perguntas das Seções 1 a 7, por perguntas a partir das respostas obtidas e vice-versa, com proposição de melhoria na redação, complementação, exclusão e redirecionamento conforme a resposta, encontra-se no Apêndice H.

Após a avaliação das respostas e perguntas quanto à clareza, necessidade de complementação, nova redação ou exclusão, além dos testes de Dissimilaridade e Diferença mediana, 36,9% das perguntas foram adequadas e 13% excluídas do questionário, Tabela 10.

TABELA 10 – Síntese da avaliação por total geral de perguntas por seção, por perguntas avaliadas e por tipo de necessidade

Necessidade	Perguntas avaliadas	Total de perguntas e afirmativas
Perguntas das seções 1 a 7		66
Necessidade de corrigir erro de redirecionamento conforme resposta	3.2	01
Necessidade de facilitar a compreensão	2.3; 3.7; 3.7.1	03
Necessidade de complementação das respostas e/ou melhorar a redação da pergunta	3.5; 3.5.1; 3.6; 5.4; 7.1; 7.2	06

Necessidade	Perguntas avaliadas	Total de perguntas e afirmativas
Necessidade de reinserir com nova redação e itemização	6.1; 6.1.1; 6.1.2; 6.1.2.1; 6.1.3; 6.1.3.1; 6.2.2; 6.2.3; 6.3.1; 6.3.2; 6.3.3; 6.3.4; 6.3.5; 6.4.1; 6.4.2; 6.1.4; 6.5	17
Necessidade de exclusão sem nova inserção	3.6.1; 5.7; 6.3.2.1; 6.6.1; 6.6.2; 6.6.3; 6.7; 6.7.1; 6.4.2.1; 6.6.3	10
Perguntas da seção 8		18
<i>Perguntas com respostas segundo critérios da escala Likert</i>		13
Sem necessidade de alteração	Q1; Q2; Q3; Q6; Q7; Q8; Q9; Q10; Q11; Q14; Q15	11
Necessidade de alterar com a fusão das perguntas	Q4; Q5	01
Necessidade de excluir	Q5	01
<i>Perguntas cujas respostas não estavam de acordo com os critérios da escala Likert</i>		04
Necessidade de alterar as opções de respostas	Q12; Q13; Q16; Q17	04
<i>Pergunta aberta – 8.5</i>		01
Total geral de perguntas com alteração		32
Total geral de perguntas excluídas		11

Com o intuito de melhorar a taxa de resposta do questionário e sua fluidez, mas sem perder *insights* importantes, o questionário foi novamente avaliado, inclusive pelas orientadoras, e readequado. Para sua fluidez, procurou-se traduzir os conceitos e temas de pesquisa em perguntas e respostas específicas, a fim de mensurar aquilo a que se propõe e a motivar a respondente, reduzindo ao mínimo o esforço de leitura desnecessária e as redundâncias.

Portanto, sem perdas de informações importantes, buscou-se eliminar as perguntas abertas que poderiam apresentar um tempo médio de resposta mais alto em comparação com as fechadas, além de excluir qualquer informação desnecessária para a resposta, facilitando a utilização de dispositivo móvel para responder (celular). Não foi possível fazer uma análise mais profunda da previsão do tempo de resposta para cada pergunta porque a plataforma de pesquisa utilizada não permite visualizar o tempo médio por questão do questionário. Contudo, com as últimas adequações, foi possível chegar a um tempo de resposta próximo de 10 minutos, Apêndice I. Assumiu-se, então, que o instrumento, Apêndice J, é razoavelmente bom e capaz de medir as variáveis de interesse, tendo em vista a base teórica utilizada na elaboração do questionário que é suficiente para a interpretação e análise dos resultados.

2.3.4. Coleta de dados

Os dados sobre a percepção de riscos ocupacionais e impactos na saúde e na gravidez, bem como a percepção das relações entre trabalho e maternidade, foram coletados com a

aplicação de versão distinta para cada hospital do formulário online, Percepção dos Riscos Ocupacionais e das Relações entre Trabalho e Maternidade no Contexto Hospitalar, desenvolvido e readequado após o pré-teste, conforme narrado anteriormente (Apêndice J). O período de coleta no hospital A foi de 24/08/2023 a 15/10/2023 e no hospital B de 31/07 a 15/10/2023.

Estratégias utilizadas na coleta de dados

Devido às dificuldades na fase de pré-teste do questionário, algumas estratégias foram adotadas para tornar conhecida a pesquisa em cada hospital e fomentar a participação das trabalhadoras. Foi elaborado um folder em tamanho A3, Apêndice K, com as principais informações da investigação, como contexto e objetivo, população do estudo, vias para a participação (link enviado via e-mail e *QR Code* inserido no folder para acesso direto ao formulário, e formulário impresso), com a garantia total da anonimização dos dados. Os folders foram colocados em lugares estratégicos pela Assessoria de Comunicação (ASCOM) do hospital A e por alunos da Faculdade de Medicina-Hospital B.

Um *Pitch* de 3 minutos, sobre a investigação com as mesmas informações do folder foi gravado e enviado por e-mail para as chefias de vários setores e unidades para que fosse disponibilizado para as trabalhadoras. Cabe ressaltar que o *Pitch*, o folder e o link também foram repassados via grupos de WhatsApp, por trabalhadoras e chefias que se mostraram mais acessíveis e sensibilizadas com o tema a ser investigado.

Quando do pré-teste, percebeu-se que muitas trabalhadoras preferiram receber o formulário impresso para ser recolhido no final do turno de trabalho ou em outro dia. Portanto, o formulário impresso se tornou a principal estratégia para a coleta de dados propriamente dita. Para tanto, 2 alunos de cada Faculdade de Medicina, ligada ao respectivo hospital universitário, participaram da coleta de dados. Eles colaboraram na entrega e recolha dos formulários impressos já respondidos e na inserção das respostas no formulário online do Google Forms, conforme as orientações recebidas, Apêndice L, e as próprias estratégias de cada dupla. É importante dizer que sempre foi oferecido o TCLE impresso para as trabalhadoras que preferiam os formulários impressos. Outra forma de coletar os dados foi a disponibilização do *QR Code* impresso ou do link direto (WhatsApp) para aquelas que não teriam tempo de responder durante o turno de trabalho. O link do formulário também foi enviado para as listas de e-mails institucionais das trabalhadoras que faziam parte da população de estudo. Porém, foi enviado somente algumas semanas após o início da coleta para não interferir na estratégia do formulário impresso, com maior possibilidade de resposta.

Antes e durante a coleta de dados, foram realizadas reuniões com vários responsáveis com o objetivo de facilitar a entrada nas unidades de cada setor hospitalar e solucionar as dificuldades que iam aparecendo. Por fim, foram realizadas apresentações para as turmas da Brigada de Incêndio do Hospital B, sobre o tema da pesquisa e a sua afinidade com o “agosto dourado” (mês da amamentação), tendo em vista que grande parte das trabalhadoras integrantes são da assistência direta ao paciente. E, no Hospital A, uma das coorientadoras apresentou o tema, inclusive com o uso do *pitch* de divulgação do estudo, em uma das reuniões da Coordenação da Equipe de Enfermagem.

2.3.5. Análise dos dados

Os dados obtidos a partir da aplicação do questionário foram analisados com o uso do pacote estatístico SPSS versão 22 e das funcionalidades do Excel. As estatísticas descritivas foram realizadas por análise univariada, com descrição e apresentação dos dados em gráficos ou tabelas, sem a realização de testes estatísticos para verificar associação e correlação entre as variáveis.

Na base de dados, foi inserida a variável “ID”, estabelecida a partir da ordem cronológica de preenchimento dos questionários, que serviu de referência para adequações oportunas e necessárias na mesma. Como no SPSS há uma limitação imposta de 120 caracteres, algumas categorias de respostas poderiam não aparecer de forma completa, igual ao formulário, então, na apresentação dos resultados, as adequações foram realizadas de forma a não comprometer as análises.

Cabe ressaltar que para uma melhor análise e devido à estruturação das questões “Você já sofreu aborto espontâneo e/ou provocado? Quantos?” (Q2.3) e “Se já deu à luz, que tipo(s) de parto(s) e quantos você já teve?” (Q2.4), o banco de dados teve que ser adaptado. Por exemplo, na questão Q2.3, para cada tipo de aborto, a respondente deveria afirmar se teve nenhum, 1, 2, ou 3 abortos. Quando ela informou o número somente para um tipo de aborto, o banco de dados foi adaptado para considerar que o outro tipo foi igual a nenhum. Isso foi aplicado também na Q2.4.

Para facilitar a compreensão e análise das respostas das perguntas abertas, a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin^{70,71} foi utilizada. Na pré-análise, as respostas foram organizadas com o fim de se sistematizar as ideias iniciais. Logo após, categorias foram definidas e as respostas categorizadas. Com o tratamento e interpretação desses resultados, informações foram destacadas para análise e possíveis interpretações inferenciais, Apêndice M.

As questões segundo a Escala Likert passaram por Análise Fatorial dos dados, com o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach para verificar a confiabilidade ou avaliar a consistência interna do questionário, além da operacionalização de indicadores para representar o conjunto de variáveis:

Q7.1.1- A imposição do afastamento do trabalho como única opção em caso de gravidez

Q7.1.2 - O desrespeito à licença maternidade

Q7.1.3 - A falta de apoio no trabalho, ao retornar da licença maternidade

Q7.1.4 - Falta de arranjos alternativos de trabalho, pouca ou nenhuma flexibilidade de carga horária de trabalho ou para tirar férias

Q7.1.5 - As múltiplas jornadas de trabalho e vínculos, muito comuns na área da saúde

Q7.1.6 - Levar trabalho para casa

Q7.2.1 - Você tem conhecimento suficiente sobre a legislação de Saúde e Segurança que se aplica à proteção da maternidade no ambiente de trabalho

Q7.2.2 - Você tem conhecimento suficiente sobre as medidas de proteção da maternidade instituídas em seu local de trabalho

Q7.2.3 - Você percebe que, onde trabalha, há discriminação em relação ao trabalho da profissional grávida ou mãe, por parte dos colegas ou chefias

Q7.2.4 - Você se preocupa com possíveis impactos negativos em sua saúde reprodutiva por exposição a riscos ocupacionais

Q7.2.5 - Você se preocupa com possíveis impactos negativos na sua carreira por querer ou já vivenciar a maternidade

Em seguida, verificou-se a influência das características demográficas e funcionais das respondentes em algumas variáveis específicas. Para isso, a independência entre as variáveis categóricas foi avaliada aplicando-se o teste qui-quadrado de Pearson. Essa técnica estatística é frequentemente aplicada em pesquisas para verificar se as distribuições de frequência observadas em um conjunto de dados diferem significativamente das distribuições de frequência esperadas. O teste foi aplicado às seguintes hipóteses: H0 - não há associação significativa entre as variáveis categóricas; e H1- existe uma associação significativa entre as variáveis categóricas.

Para avaliar o teste, rejeitou-se a hipótese nula em caso do valor $p < 0,05$, que aponta diferença significativa entre as variáveis. Por outro lado, em caso de valor $p > 0,05$, concluiu-se pela não existência de associação significativa entre as variáveis. Nas análises, foram

consideradas as influências das variáveis: Q1_1_Idade; Q1_2_Raça; Q1_3_Estado_civil; Q1_4_Tempo_ativ; Q4_2_Categoria_prof; e Q4_3_Vínculo.

Para representar as relações entre maternidade e trabalho existentes no contexto hospitalar, dois conceitos abstratos foram utilizados, sendo eles as dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho, e a proteção da maternidade no setor onde se trabalha. Esses conceitos abstratos se referem ao que é denominado por construto, ou seja, a representação de um conceito ou uma característica que não pode ser medida diretamente, devendo ser aferida por meio de uma série de itens⁷².

Quanto ao uso dos construtos, o propósito foi analisar as associações entre eles e uma série de características referentes ao contexto hospitalar. Ou seja, analisar os conceitos de uma forma global, não compartimentada, entre cada um dos itens que os compõem. Nesse estudo, a técnica estatística denominada Análise Fatorial Confirmatória (AFC)⁷³ foi empregada para permitir desenvolver uma única medida que representasse cada um dos construtos avaliados.

Essa abordagem é crucial para simplificar conceitos complexos e abstratos em uma forma mensurável e quantificável, facilitando a análise e interpretação dos dados. A AFC auxilia na validação da estrutura dos construtos, garantindo que cada um seja formado por um conjunto específico de variáveis observadas, que são escolhidas com base na teoria e na hipótese subjacentes à pesquisa. Ao aplicar a AFC, o pesquisador pode confirmar se os indicadores selecionados são de fato representativos dos construtos teóricos e se eles se correlacionam de modo a formar uma medida coerente e unificada para cada construto.

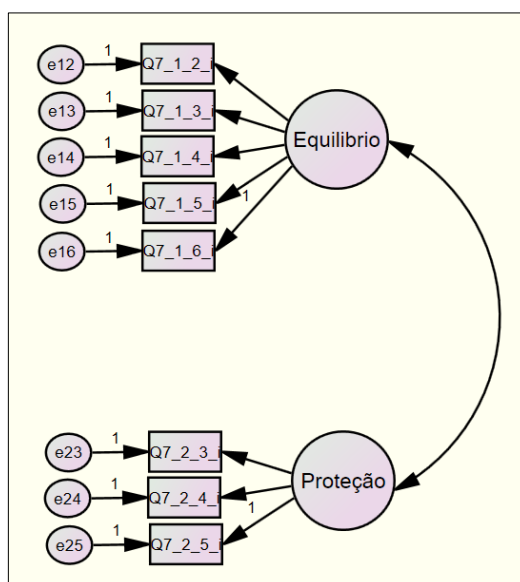
Um procedimento prévio realizado foi a adequação da polaridade das escalas utilizadas, que variaram de 1 (Concordo totalmente) até 5 (Discordo totalmente). Elas foram invertidas, de forma que 1 se refere a “discordo totalmente” e, 5, a “concordo totalmente”, para facilitar a interpretação dos construtos.

A AFC foi desenvolvida no software AMOS, no qual foram especificadas as medidas que compõem cada um dos dois construtos, além de se estabelecer uma associação de correlação entre eles. Uma das medidas operacionalizadas nas análises é a carga fatorial, que se refere à correlação entre cada item mensurado e o construto subjacente. Hair *et al.*⁷⁴ estabelecem que as cargas fatoriais devem possuir valor superior a 0,30 para serem consideradas satisfatórias. A Tabela 11 apresenta as cargas fatoriais obtidas para cada uma das variáveis mensuradas relativas aos construtos 1 e 2. Feito isso, foram excluídas as variáveis Q7.1.1, do primeiro construto, e Q7.2.1 e Q7.2.2, do segundo, cuja especificação do modelo encontra-se na Figura 6.

TABELA 11 – Cargas fatoriais obtidas para cada item componente dos construtos

Variável	Carga Fatorial
Construto 1	
Q7.1.2	0,660
Q7.1.3	0,854
Q7.1.4	0,850
Q7.1.5	0,776
Q7.1.6	0,644
Construto 2	
Q7.2.3	0,336
Q7.2.4	0,407
Q7.2.5	0,698

Notas: Construto 1- Dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho; Construto 2 - Proteção da maternidade no setor onde se trabalha

**FIGURA 6** - Especificação do modelo de Análise Fatorial Confirmatória aos construtos “Dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho” e “Proteção da maternidade no setor onde trabalha”

Em relação à qualidade de ajuste do modelo, algumas estatísticas foram avaliadas para aferir a sua adequação. Foi aplicada a Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA) que identifica o quão bem um modelo se ajusta a uma população e não apenas a uma amostra usada para estimação, cujos resultados devem ser inferiores a 0,10. Já o Índice de Ajuste Comparativo (CFI) avalia o quão bem um modelo especificado se ajusta a algum modelo alternativo de referência, cujos resultados devem ser superiores a 0,90. Por fim, aplicou-se o Índice de Tucker Lewis (TLI), que envolve uma comparação matemática de um modelo teórico de mensuração especificado com um modelo nulo de referência, devendo apresentar valores superiores a 0,90⁷⁴. Nesse estudo, os resultados obtidos foram: RMSEA=0,055; CFI=0,978; e TLI=0,968. Com isso, inferiu-se que o modelo especificado

é considerado satisfatório em relação às medidas de adequação.

Ao se fazer o uso de uma medida única para representar cada um dos construtos, cada indicador foi representado levando-se em conta o valor da carga fatorial de cada variável. Ademais, com a finalidade de facilitar o entendimento e a interpretação dos resultados, os indicadores de cada construto foram padronizados para um intervalo de 0 a 100. A distribuição de cada indicador é apresentada na Figura 7 e as suas medidas descritivas encontram-se na Tabela 12.

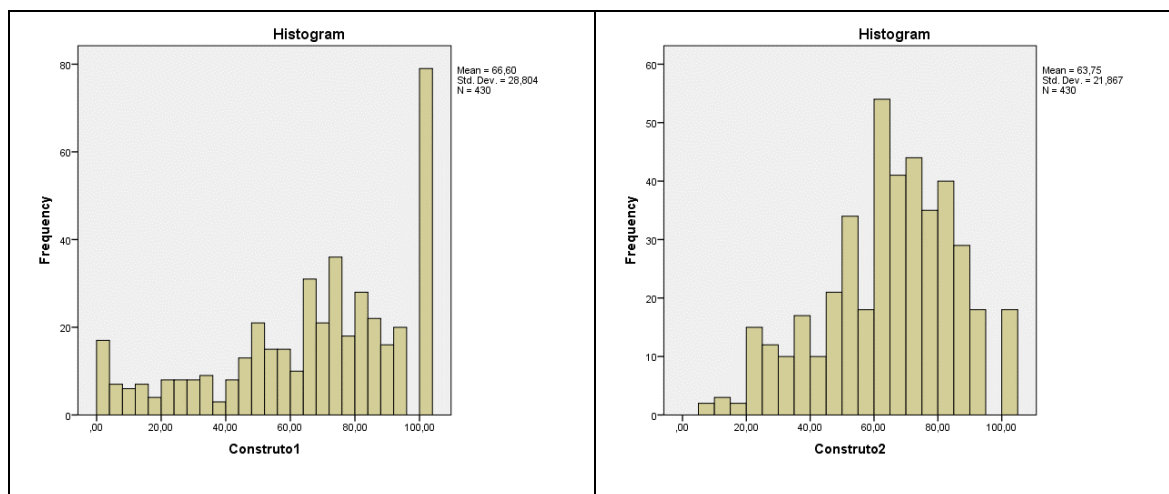


FIGURA 7 - Distribuição dos indicadores de dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho (Construto 1) e de proteção da maternidade no setor onde se trabalha (Construto 2)

TABELA 12 – Medidas descritivas dos indicadores de dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho e de proteção da maternidade no setor onde se trabalha

Indicador	n	Mínimo	Máximo	Mediana
Dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho	430	0,0	100,0	72,67
Proteção da maternidade no setor onde trabalha	430	0,0	100,0	69,17

Reitera-se que os indicadores criados representam os construtos, cujos componentes definidos são situações aferidas por meio de uma escala Likert de 5 pontos, conforme a seguir:

- Construto 1 - Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho (DEQUI): o desrespeito à licença maternidade; a falta de apoio no trabalho, ao retornar da licença maternidade; falta de arranjos alternativos de trabalho, pouca ou nenhuma flexibilidade de carga horária de trabalho ou para tirar férias; as múltiplas jornadas de trabalho e vínculos, muito comuns na área da saúde; e levar trabalho para casa.

- Construto 2 - Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha (PROMT): você percebe que, onde trabalha, há discriminação em relação ao trabalho da profissional grávida ou mãe, por parte dos colegas ou chefias; você se preocupa com possíveis impactos negativos em sua saúde reprodutiva por exposição a riscos ocupacionais; e você se preocupa com possíveis impactos negativos na sua carreira por querer ou já vivenciar a maternidade.

2.4. ETAPA 3 – Proposição de medidas de proteção à saúde da trabalhadora e à maternidade nos ambientes de trabalho dos setores de urgência, terapia intensiva (CTI), oncologia e ambulatório

A proposição de medidas de proteção à maternidade e ao trabalho nos setores hospitalares estudados se deu a partir das consolidações e análises dos resultados das Etapas 1 e 2 da investigação. De acordo com os resultados e análise da percepção das trabalhadoras (Etapa 2), foi realizado o levantamento das medidas de proteção, necessidades e lacunas, considerando os achados da Etapa 1. As propostas foram delineadas conforme os seguintes aspectos e tópicos:

- Setores avaliados (percentual geral e por setor): ambulatorial, oncologia, terapia intensiva e urgência.
- Percepção de risco de exposição por percentuais de respondentes (agente/fator).
- Processos de trabalho com riscos.
- Possíveis desfechos descritos na literatura e/ou percebidos pelas trabalhadoras:
 - ✓ Na saúde da mulher.
 - ✓ Na saúde do conceito, feto e lactente.
- Gerenciamento de risco:
 - ✓ Medidas comuns de proteção unificada⁷⁵ (para todos os trabalhadores).
 - ✓ Medidas protetivas para as gestantes e lactantes.
 - ✓ Medidas de gestão/instrumentos gerenciais.
- Conteúdo para iniciativas de capacitação e educação sobre riscos ocupacionais, gravidez e amamentação, por tipo de risco.
- Aleitamento materno no trabalho e creche (e cuidados com a criança).
- Atuação da equipe de SST e gestores.
- Conciliação entre trabalho, maternidade e família (aspectos importantes e sugestão de programa).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO PARCIAL DAS ETAPAS 1 E 2

3.1. ETAPA 1 – O estado da arte sobre a proteção da maternidade e do trabalho nos setores hospitalares de assistência à saúde

Para o levantamento do estado da arte sobre a proteção da maternidade e do trabalho de profissionais da assistência direta à saúde no setor hospitalar, realizou-se uma revisão de escopo com o uso da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), cujos resultados e discussão são apresentados nesta seção.

3.1.1. Características dos artigos e demais produções

Os artigos e a literatura cinza totalizaram 49 publicações, Figura 8, que se concentraram no período de 2014 a 2022 (39; 80%), com destaque para 2017, 2019 e 2020 (7 cada), 2021 e 2022 (5 cada) e 2018 (4), Tabela 13. O total de artigos científicos e revisados por pares foi 30, sendo 20 oriundos das bases de dados e 10 de revistas especializadas (saúde, segurança e saúde no trabalho e jurídicas). A literatura cinza relacionada ao tema englobou 19 produções: publicações de organizações e instituições de Saúde e Segurança no Trabalho, dissertação de mestrado e normativas técnico-jurídicas nacionais, regionais e internacionais.

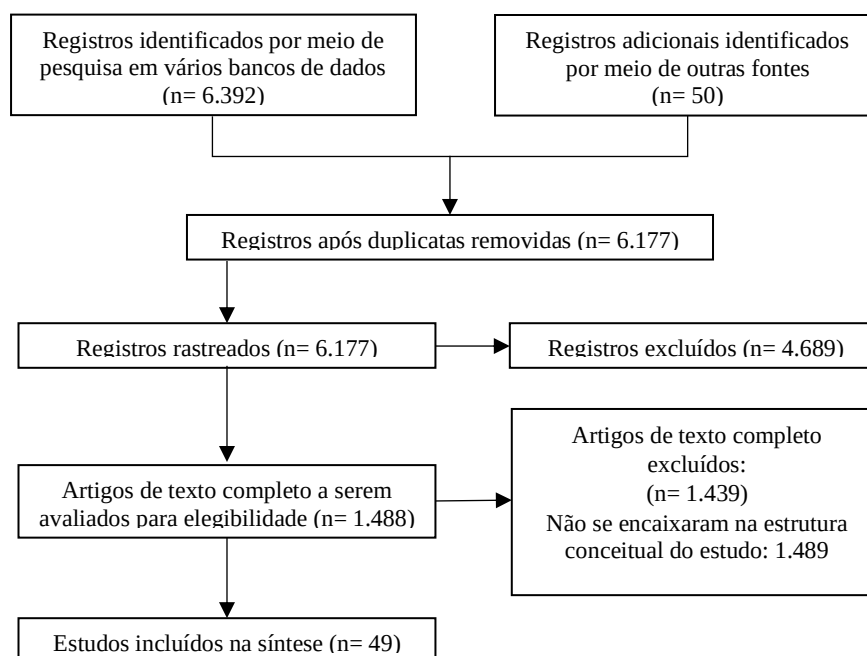


FIGURA 8 - Fluxograma de pesquisa da revisão de escopo

TABELA 13 – Literatura incluída na revisão de escopo por autores e ano, título, fonte e abrangência

Autores, ano	Título	Periódico, Instituição	Abrangência
Torres Romero <i>et al.</i> , 2020 ⁷⁶	<i>Factores que influyen en la duración de la prestación por riesgo durante el embarazo en las trabajadoras del ámbito sanitario. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: estudio descriptivo y transversal</i>	Rev Asoc Esp Espec Med Trab	Espanha
Warembourg <i>et al.</i> , 2017 ⁷⁷	<i>An update systematic review of fetal death, congenital anomalies, and fertility disorders among health care workers</i>	Am J Ind Med	França
Chin <i>et al.</i> , 2014 ⁷⁸	<i>Viral infections in pregnancy: advice for healthcare workers</i>	Journal of Hospital Infection	United Kingdom
Park <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵	<i>Adverse pregnancy outcomes in healthcare workers: a Korean nationwide population-based study</i>	Int Arch Occup Environ Health	South Korea
Wicker, S., 2012 ⁷⁹	<i>Viral infections: occupational risk for pregnant health-care personnel?</i>	Elsevier B.V. - Procedia in Vaccinology	Alemanha
Rainbow <i>et al.</i> , 2021 ⁸⁰	<i>Nurses' experiences of working while pregnant: A qualitative descriptive study</i>	International Journal of Nursing Studies	Estados unidos
Abderhalden-Zellweger <i>et al.</i> , 2021 ⁸¹	<i>Protecting pregnancy at work: Normative safety measures and employees' safety strategies in reconciling work and pregnancy</i>	Safety Science	Switzerland
Villar <i>et al.</i> , 2019 ²⁵	<i>Working conditions and absence from work during pregnancy in a cohort of healthcare workers</i>	Occup Environ Med	Espanha
Gaskins <i>et al.</i> , 2017 ⁸²	<i>Occupational use of high-level disinfectants and fecundity among nurses</i>	Scand J Work Environ Health	USA
Pustiglione, 2017 ⁸³	<i>Trabalhadoras gestantes e lactantes: impacto de agentes de risco ocupacional (ARO) no processo de gestação, no conceito e no lactente.</i>	Rev Bras Med Trab	Brasil
Antolínez P., Lafaurie MM., 2017 ⁸⁴	<i>Estrés y sobrecarga laboral durante el embarazo: experiencias de médicas del sector asistencial en Bogotá</i>	Hacia promoc. salud.	Colômbia
Assadi, 2013 ⁸⁵	<i>Is Being a Health-care Worker a Risk Factor for Women's Reproductive System?</i>	Int J Prev Med	Irã
Francis <i>et al.</i> , 2021 ⁸⁶	<i>Ergonomic Stressors Among Pregnant Healthcare Workers. Impact on pregnancy outcomes and recommended safety practices</i>	Sultan Qaboos University Medical Journal	Oman

Autores, ano	Título	Periódico, Instituição	Abrangência
Villar <i>et al.</i> , 2022 ⁸⁷	<i>Sickness absence, medical and workplace conditions during pregnancy in a cohort of healthcare workers</i>	Archivos de Prevención de Riesgos Laborales	Espanha
Abderhalden-Zellweger <i>et al.</i> , 2021 ⁸⁸	<i>Maternity Protection at Work and Safety Climate: The Perceptions of Managers and Employees in Three Healthcare Institutions in Switzerland</i>	Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology	Switzerland
Gordon <i>et al.</i> , 2019 ⁸⁹	<i>The Birth of a Return to work Policy for New Resident Parents in Emergency Medicine</i>	Acad Emerg Med	USA
Nowak <i>et al.</i> , 2013 ⁹⁰	<i>Returning to Work After Maternity Leave: Childcare and Workplace Flexibility</i>	Journal of Industrial Relations	Austrália
AlSedra e AlQurashi, 2022 ⁹¹	<i>Exploring the Experience of Breastfeeding Among Working Mothers at Healthcare Facility in Saudi Arabia: A Qualitative Approach</i>	Cureus	Arábia Saudita
Gravel <i>et al.</i> , 2017 ³⁵	<i>Protecting Pregnant Workers while Fighting Sexism: Work–Pregnancy Balance and Pregnant Nurses’ Resistance in Quebec Hospitals</i>	NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy	Canada
Yu E, 2020 ⁹²	<i>Occupational Exposure in Health Care Personnel to Antineoplastic Drugs and Initiation of Safe Handling in Hong Kong.</i>	Journal of Infusion Nursing	Hong Kong
Ocampo-Guirindola <i>et al.</i> , 2018 ⁹³	<i>Utilization of lactation station and lactation breaks and its association with the duration of breastfeeding among filipino mothers with children aged 0-23 months</i>	Philippine Journal of Science	República das Filipinas
Galtry, 2015 ⁹⁴	<i>Strengthening the human rights framework to protect breastfeeding: A focus on CEDAW</i>	International Breastfeeding Journal	Austrália
Reddy <i>et al.</i> , 2020 ⁹⁵	<i>Management guidelines for pregnant health care workers exposed to infectious dermatoses</i>	International Journal of Women’s Dermatology	USA
Dugheri <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁶	<i>A new approach to assessing occupational exposure to antineoplastic drugs in hospital environments</i>	Archives of Industrial Hygiene and Toxicology	Itália
Dugheri <i>et al.</i> , 2020 ⁹⁷	<i>How improvements in monitoring and safety practices lowered airborne formaldehyde concentrations at an Italian</i>	Arh Hig Rada Toksikol	Itália

Autores, ano	Título	Periódico, Instituição	Abrangência
	<i>university hospital: a summary of 20 years of experience</i>		
Quinot <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁸	<i>Development of a bar code-based exposure assessment method to evaluate occupational exposure to disinfectants and cleaning products: a pilot study</i>	Occupational and Environmental Medicine, BMJ Publishing Group	França
d'Ettorre e Pellicani, 2020 ⁹⁹	<i>Preventing Shift Work Disorder in Shift Health-care Workers</i>	Safety and Health at Work	Itália
Andrade, 2018 ¹⁰⁰	<i>Gênero, trabalho e bem-estar social na américa latina: um estudo das políticas de licenças maternidade, paternidade e parentais no Brasil, Chile e Uruguai</i>	Repositório Institucional da UNB	Brasil
Pitanga, 2021 ¹⁰¹	<i>Retrocesso social da reforma trabalhista: análise do art. 394-a e a inobservância da proteção à maternidade</i>	Res Severa Verum Gaudium	Brasil
Carvalho <i>et al.</i> , 2020 ¹⁰²	<i>Impactos da reforma trabalhista no trabalho realizado em ambiente insalubre hospitalar</i>	Temas em Saúde	Brasil
Nunes e Martins, 2020 ¹⁰³	<i>Proteção à maternidade nas relações de emprego e seu (des)amparo pela reforma trabalhista</i>	Revista Jurídica (FURB)	Brasil
ILO, 2014 ³⁴	<i>Maternity and paternity at work: Law and practice across the world</i>	PRODOC of the ILO	Internacional
Brasil, 1988 ¹⁰⁴	<i>Constituição da República Federativa do Brasil</i>	Supremo Tribunal Federal	Brasil
Brasil, 2017 ¹⁰⁵	<i>Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT</i>	Coordenação de Edições Técnicas Senado Federal	Brasil
Brasil, 1978 ¹⁰⁶	<i>Portaria MTb n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. NR 15 alterada pela Portaria MTP n.º 806, de 13 de abril de 2022.</i>	Diário Oficial da União - Brasil	Brasil
ILO, 2014 ¹⁰⁷	<i>World Social Protection Report 2014/15 Building economic recovery, inclusive development and social justice</i>	International Labour Office	Internacional
ILO, 2000 ¹⁰⁸	<i>Convention 183 - Maternity Protection Convention, 2000. Convention concerning the</i>	International Labour Office	Internacional

Autores, ano	Título	Periódico, Instituição	Abrangência
	<i>revision of the Maternity Protection Convention, 1952.</i>		
ILO,1981 ³³	<i>Convention 156 - Workers with Family Responsibilities Convention, 1981. Convention concerning equality of opportunity and treatment for men and women workers: workers with family responsibilities</i>	International Labour Office	Internacional
ILO,1952 ¹⁰⁹	<i>Convention 103 - Maternity Protection Convention (Revised). Convention concerning Maternity Protection (Revised 1952)</i>	International Labour Office	Internacional
WHO e ILO, 2022 ¹¹⁰	<i>Caring for those who care. Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers</i>	WHO-ILO	Internacional
UE, 1992 ¹¹¹	<i>Directive 92/85/EEC - pregnant workers</i>	EU-OSHA	União Europeia
UE, 2019 ¹¹²	<i>Diretiva (UE) 2019/1158 do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de junho de 2019 relativa à conciliação entre a vida profissional e a vida familiar dos progenitores e cuidadores e que revoga a Diretiva 2010/18/UE do Conselho</i>	Jornal Oficial da União Europeia	União Europeia
NIOSH, 2023 ¹¹³	<i>Breastfeeding and Your Job – Reproductive Health</i>	CDC/NIOSH	USA
NIOSH, 2019 ¹¹⁴	<i>Radiation – Ionizing – Reproductive Health</i>	CDC/NIOSH	USA
NIOSH, 2019 ¹¹⁵	<i>Anesthetic Gases – Reproductive Health</i>	CDC/NIOSH	USA
NIOSH, 2019 ¹¹⁶	<i>Infectious Agents – Reproductive Health</i>	CDC/NIOSH	USA
NIOSH, 2022 ¹¹⁷	<i>Physical Job Demands– Reproductive Health</i>	CDC/NIOSH	USA
NIOSH, 2019 ¹¹⁸	<i>Work Schedule – Reproductive Health</i>	CDC/NIOSH	USA
NIOSH, 2022 ¹¹⁹	<i>Antineoplastic (Chemotherapy) Drugs – ReproductiveHealth</i>	CDC/NIOSH	USA

Notas: ILO - International Labour Office; WHO – World Health Organization; CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas; PRODOC - Document and Publications Production, Printing and Distribution Branch; EU-OSHA - European Union information agency for occupational safety and health; CDC/NIOSH – Centers for Disease Control and Prevention/National Institute for Occupational Safety and Health.

A seguir, são apresentados os principais resultados e discussão de acordo com as perguntas do estudo e os temas definidos, Tabelas 14, 15 e 16.

3.1.2. Riscos ocupacionais, doenças e agravos relacionados à saúde reprodutiva

TABELA 14 – Riscos ocupacionais, doenças e agravos relacionados à saúde reprodutiva: literatura incluída na revisão de escopo por autores e ano, exposição a riscos e fatores de risco ocupacionais e possíveis desfechos na saúde

Autores; ano	Exposição ocupacional	Desfechos (saúde geral e reprodutiva da trabalhadora, conceito, lactente)
Warembourg <i>et al.</i> , 2017 ⁷⁷	Riscos químicos e físicos	Anomalias congênitas, aborto espontâneo, distúrbios de fertilidade e nenhuma evidência sobre morte fetal
Chin <i>et al.</i> , 2014 ⁷⁸	Riscos biológicos	Infeções virais por transmissão nosocomial: HIV, hepatite B, hepatite C, varicela-zoster, herpes simplex, parvovirose ou eritema infeccioso, citomegalovirose, rubéola, sarampo, infecções por enterovírus, caxumba e influenza
Park <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵	Riscos químicos, físicos, biomecânicos e psicossociais	Aborto espontâneo, ameaça de aborto, trabalho de parto prematuro, anormalidades encontradas na triagem fetal e retardo de crescimento intrauterino
Wicker, S., 2012 ⁷⁹	Riscos biológicos	Deficiências de desenvolvimento do feto, trabalho de parto prematuro
Rainbow <i>et al.</i> , 2021 ⁸⁰	Riscos químicos, biológicos, físicos, biomecânicos, e violência do paciente	Náusea gravídica, fadiga e desconforto por dor e inchaço, estresse e medo, e, no geral, sem relatos de dificuldades para engravidar
Abderhalden-Zellweger <i>et al.</i> , 2021 ⁸⁸	Riscos biológicos e relacionados à ergonomia física, cognitiva e organizacional	Clima de insegurança, sentimento de culpa em relação aos colegas, permanência no trabalho em condições perigosas ou consulta ao ginecologista para solicitar a redução do horário de trabalho por meio de licença médica em período integral ou parcial
Villar <i>et al.</i> , 2019 ²⁵	Riscos químicos, biológicos, físicos, e relacionados à ergonomia física, cognitiva e organizacional	Cintura pélvica e lombalgia e interferência no sono, cansaço e sentimento de que as demandas de trabalho excedem as habilidades, uso do benefício de Risco Ocupacional na Gravidez e exposição a riscos ocupacionais, e auxílio-doença como benefício mais utilizado por trabalhadoras grávidas
Gaskins <i>et al.</i> , 2017 ⁸²	Riscos químicos	Redução da fecundidade entre enfermeiras, mas o uso de Equipamento de Proteção Individual parece atenuar esse risco.
Pustiglione, 2017 ⁸³	Riscos físico, biológico, biomecânico, organizacional e psicossocial, e acidental	Aborto espontâneo, parto pré-termo, descolamento prematuro de placenta, baixo peso e prematuridade, distúrbios do crescimento e desenvolvimento, restrição de crescimento intrauterino, malformações congênitas, estresse fetal, microcefalia, risco de morte fetal, propensão a desenvolver distúrbios de atenção e hiperatividade, síndrome da rubéola congênita, efeitos adversos na descendência, potencial dano em lactentes, necessidade de tratamento de fertilidade, carcinogênese e mutagênese, redução da produção de leite e desmame precoce, o risco de lesão uterina se torna maior com o avançar da gestação, lombalgias etc.

Autores; ano	Exposição ocupacional	Desfechos (saúde geral e reprodutiva da trabalhadora, conceito, lactente)
Antolínez P., Lafaurie MM., 2017 ⁸⁴	Riscos relacionados à ergonomia física, cognitiva e organizacional	Estresse, ameaça de trabalho de parto prematuro, ameaça de aborto, trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão gestacional
Assadi, 2013 ⁸⁵	Riscos químico, físico, e biomecânicos e psicossociais	Aborto espontâneo, defeitos fetais, baixo peso ao nascer, descolamento de placenta, ruptura prematura da membrana, parto pré-termo, distúrbios menstruais
Francis <i>et al.</i> , 2021 ⁸⁶	Estressores ergonômicos relacionados ao trabalho	Infertilidade, abortos espontâneos, parto pré-termo, bebês com baixo peso ao nascer.
Villar <i>et al.</i> , 2022 ⁸⁷	Riscos biológico e estressores ergonômicos	Alterações anatômicas, físicas, psicológicas e bioquímicas que ocorrem na gestação, aborto espontâneo, prematuridade, bebês com baixo peso ao nascer e natimortos. A relação entre os riscos ambientais no trabalho e os resultados fetais permanece inconclusiva, e as condições de trabalho padrão parecem apresentar poucos riscos à saúde infantil
Yu E, 2020 ⁹²	Risco químico	Aborto espontâneo, malformações congênitas, baixo peso ao nascer e parto pré-termo, fenda palatina ou labial, distúrbios do ciclo menstrual e maior taxa de infertilidade, gravidez ectópica, tempo prolongado até conseguir engravidar, câncer de reto. Outros: tontura, náusea e dor de cabeça; asma brônquica; tosse; queimação; irritação da pele; e problemas musculoesqueléticos; úlcera ou gastrite; alergia; distúrbio do olfato; congestão nasal; rinorreia, irritação da mucosa nasal; lacrimejamento, irritação ocular e olhos secos; perda de cabelo e tontura; úlceras orais etc.

3.1.3. Exposição a fatores de risco ocupacionais

Vários fatores de risco presentes no ambiente de trabalho hospitalar podem colocar a saúde da trabalhadora grávida em perigo devido às características habituais da exposição ocupacional, majoritariamente repetitiva e prolongada^{6,8,9}. Os riscos de natureza química, biológica, acidental, organizacional e psicossocial podem pôr em risco a gestação, o conceito (embrião), o feto e o lactente, enquanto os de natureza física e biomecânica, aparentemente, não oferecem riscos apenas aos lactentes⁸³.

Dado o fato de que exposições no local de trabalho dos pais podem ter efeitos prejudiciais sobre a sua descendência, as intervenções de proteção à maternidade no ambiente de trabalho devem considerar tanto as mulheres quanto os homens e os fetos³⁴. Tais efeitos foram demonstrados para metais pesados, solventes orgânicos, pesticidas e radiação. Estima-se que o feto seja três vezes mais sensível aos efeitos carcinogênicos da radiação do que a média da população⁷⁵. Contudo, Villar *et al.* (2022) apontam em seu estudo sobre licença médica e condições de trabalho, em uma coorte de trabalhadoras da saúde, que

a relação entre os riscos ambientais no trabalho e os desfechos fetais permanece inconclusiva e que, em geral, as condições de trabalho padrão apresentam poucos riscos à saúde infantil⁸⁷.

Os estudos analisados apontaram que há riscos à saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras que atuam na assistência direta ao paciente e que estão expostas a esses agentes e fatores de risco. Contudo, as que trabalham na área administrativa e de gestão ou que são de categorias profissionais fora da saúde (ex.: educação), também, podem sofrer os impactos de alguns desses fatores, com maior ou menor repercussão em sua saúde^{15,77}.

As exposições químicas, com riscos à saúde reprodutiva da trabalhadora e do feto ou lactente, se relacionam às atividades de limpeza que envolvem a manipulação de produtos químicos como agentes esterilizantes e desinfetantes (produtos químicos orgânicos voláteis e desinfetantes de alto nível como glutaraldeído, orto-ftalaldeído, ácido paracético, peróxido de hidrogênio, óxido de etileno, formaldeído etc.)^{15,77,80,82,83,85,87,120}, e à manipulação de drogas antineoplásicas e gases anestésicos^{15,77,80,83,85,92,96}.

Várias categorias profissionais relatadas pelos estudos incluídos nessa revisão estão sujeitas às infecções por transmissão nosocomial cujos principais agentes biológicos são vírus, tais como HIV, HVB (hepatite B), HCV (hepatite C), varicela-zoster, herpes simplex, Parvovírus humano B19, CMV (citomegalovírus), rubéola, sarampo, enterovírus, Paramyxovirus (caxumba) e vírus influenza A, B e C^{78,79,81,83,95}.

As radiações ionizantes e não ionizantes representam os riscos físicos^{15,77,80,83,85,87} mais relevantes, com potencial impacto na saúde reprodutiva das trabalhadoras e trabalhadores envolvidos na realização de exames de imagem e cirurgias ortopédicas (Arco em C)¹²¹, além dos riscos de calor e hipertermia⁸³.

Tendo em vista que os riscos biomecânicos e psicossociais foram abordados isoladamente em alguns estudos, decidiu-se apresentá-los e discuti-los da mesma forma. Contudo, sabe-se que os domínios da ergonomia estão interligados como, por exemplo, um estresse criado por uma estação de trabalho mal projetada alterando o comportamento que, por sua vez, pode induzir mudanças na função cognitiva e no desempenho geral do trabalhador⁸⁷.

Nesse grupo de fatores de risco, os estudos apontaram os que dizem respeito às tarefas físicas como levantar peso (excesso de esforço com pacientes e equipamentos), realizar reanimação cardiorrespiratória, deslocamento e ficar em pé por longos períodos etc.)^{15,80,83,87,88}. Quanto à organização do trabalho, apontaram o baixo clima organizacional, carga de trabalho, turno de trabalho rotativo, trabalho em turnos, trabalho noturno e condições de contratação^{15,83,84,86-88}.

Dentre os fatores psicossociais, destacaram-se a carga psicológica, as altas demandas psicossociais, o estresse causado pela atividade (demandas que exigem muito fisicamente e emocionalmente), o sentimento de culpa por se sentir sobrecarregando os colegas (no caso de gestantes ou mães) e o baixo clima de segurança gerado pela falta de exigibilidade das medidas de proteção, dificultando a conciliação do trabalho e da gravidez^{15,25,83,85-87}.

Ainda, alguns artigos citaram o risco de acidentes como trauma abdominal, acidente automobilístico, queda e acidente com material biológico^{83,86,87}, além dos relacionados à violência por parte do paciente⁸⁰.

3.1.4. Desfechos nas saúdes sexual e reprodutiva, e do conceito, feto ou bebê, relacionados ao trabalho

3.1.4.1. Impactos na saúde da trabalhadora

A saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras da saúde pode sofrer os efeitos negativos da exposição a agentes químicos, físicos e aos relacionados à má ergonomia, como os distúrbios de fertilidade^{77,86}. Por exemplo, enfermeiras, com durações mais prolongadas de exposição a drogas antineoplásicas, tiveram maior taxa de infertilidade, risco maior de tempo prolongado até conseguir engravidar e desordens do ciclo menstrual⁹². No entanto, há estudo que aponta o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), em caso de exposição a agentes químicos, como capaz de atenuar a redução da fecundidade entre enfermeiras⁸². E outro que, no geral, as enfermeiras não descreveram dificuldades para engravidar, mesmo expostas a múltiplos fatores⁸⁰.

Embora não tenha sido relatado por todos os estudos relacionados ao tema em discussão, nota-se uma diferença significativa entre as trabalhadoras da assistência direta ao paciente (setor clínico) e as da área administrativa quanto à frequência de distúrbios menstruais. Inclusive, essa diferença se estende aos setores da assistência, visto que os departamentos de emergência tiveram a frequência mais alta e mostraram uma diferença expressiva em relação ao pessoal administrativo⁸⁵.

As trabalhadoras da saúde expostas a drogas antineoplásicas podem sofrer impactos em sua saúde geral, como é o caso de enfermeiras com durações prolongadas de exposição e o alto risco de câncer de reto⁹². A radiação ionizante também é cancerígena e mutagênica e pode afetar a saúde da trabalhadora em idade fértil, gestante ou não, bem como a saúde do conceito^{83,85}. Outros efeitos adversos relacionados às drogas antineoplásicas são relatados como tontura, náusea e dor de cabeça (sintomas do sistema nervoso central); asma brônquica; tosse; queimação; irritação da pele; problemas musculoesqueléticos; úlcera ou

gastrite, úlceras orais; alergia; distúrbio do olfato; congestão nasal; rinorreia, irritação da mucosa nasal; lacrimejamento, irritação ocular e olhos secos; perda de cabelo etc.⁹².

Há que se destacar que as infecções virais por transmissão nosocomial, como HIV, hepatite B, hepatite C, varicela-zoster, herpes simplex, parvovirose ou eritema infeccioso, citomegalovirose, rubéola, sarampo, infecções por enterovírus, caxumba e influenza⁷⁸, afetam não somente a saúde geral das trabalhadoras, mas, também do feto. A razão é que, devido ao aumento da gravidade de certas doenças infecciosas durante a gravidez, quase qualquer infecção pode ser potencialmente prejudicial à própria gravidez ou ao feto⁷⁹.

3.1.4.2. Gravidez – desfechos relacionados ao trabalho

Devido às várias alterações anatômicas, físicas, psicológicas e bioquímicas que ocorrem na gestação, a gravidez pode impactar significativamente o bem-estar psicossocial materno, no local de trabalho⁸⁷. São várias as intercorrências consideradas comuns na gravidez, que podem ser desencadeadas ou agravadas pelas condições de trabalho: estresse, medo, fadiga e desconforto por dor e inchaço, dores no pescoço, nas costas ou cintura pélvica, interferência no sono, além de náusea e vômitos^{11,25,61,80,122,123}, que podem estar relacionadas ao uso de medicamentos e a afastamentos por licença médica^{23,25,124}.

Em estudo de Rainbow et al., os sintomas na gravidez, durante o trabalho, que as enfermeiras descreveram foram náusea gravídica, fadiga e desconforto por dor e inchaço⁸⁰. Alguns estudos apontam que as grávidas apresentam risco aumentado para afecções musculoesqueléticas, principalmente lombalgias⁸³, e que a cintura pélvica e a lombalgia são as causas mais frequentes de ausência no trabalho por gestantes^{25,124}.

A organização do trabalho pode impactar negativamente a saúde da trabalhadora gestante empregada em hospitais, considerando os tipos e duração dos turnos de trabalho, e o clima organizacional^{15,83,84,86-88}. O trabalho em turno noturno pode aumentar os riscos de ficar doente no dia seguinte ao turno de trabalho. Inclusive, o número e a duração dos turnos, superiores a 12 horas, têm relação direta com o aumento dos riscos^{19,20,125}. Ademais, a interferência no sono ou na manutenção do sono pode resultar em cansaço, levando as trabalhadoras grávidas a sentirem que as demandas de seus locais de trabalho excedem suas habilidades²⁵.

O estresse causado pela atividade e a carga de trabalho são citados como situações de risco ocupacional por entrevistadas gestantes, que em alguns casos apresentaram complicações como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão gestacional⁸⁴. Além disso, a ocorrência de distúrbios hipertensivos da gravidez (HDP) está relacionada ao trabalho noturno e ao período gestacional, primeiras 20 semanas de gravidez, sendo que o risco de

HDP cresce com o aumento de turnos consecutivos e de retornos rápidos após turnos noturnos^{16,126}.

Os estados ansiosos e depressivos da trabalhadora podem causar danos ao conceito ou nascituro. E o estresse ao retornar à rotina de trabalho, após a licença maternidade, pode afetá-la emocionalmente e, por exemplo, ela deixa de produzir leite em quantidade suficiente para amamentar, ocorrendo o desmame precoce⁸³. Ainda, há evidências da associação da depressão pós-parto (DPP) com maiores demandas psicológicas, menor autonomia de horário e menor controle percebido sobre o trabalho e a família¹²⁷. Em estudo de Rainbow et al., as participantes descreveram que sentiram maior estresse e, às vezes, medo devido ao manejo dos sintomas da gravidez e da prevenção de riscos ocupacionais que podiam afetar a gravidez⁸⁰.

O adoecer durante a gestação reflete na utilização de benefícios utilizados pelas trabalhadoras da saúde. O uso do benefício de Risco Ocupacional na Gravidez apresenta relação consistente com a alta exposição a fatores de risco ocupacionais relacionados à ergonomia, segurança e higiene, e psicossociais, enquanto o benefício auxílio-doença é o mais utilizado por trabalhadoras grávidas, em uma coorte de trabalhadoras da saúde na Espanha²⁵.

A prevalência de licença médica de gestantes trabalhadoras tende a ser maior nas primeiras 32 semanas de gestação. A licença médica de longa duração (> 20 dias, contínua ou intermitente) pode ter como causas a multiparidade, dor lombar antes da gravidez e doença ou transtorno mental^{83,128}, e não necessariamente estar relacionada às condições de trabalho^{22,25}. A taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem hospitalar pode ser influenciada principalmente pela licença-maternidade das enfermeiras e licença médica das técnicas de enfermagem²⁶.

Muitas vezes, o mix, de clima de insegurança, sentimento de culpa em relação aos colegas devido ao não planejamento de substituição de pessoal pela instituição, e inadequações percebidas na implementação das medidas de proteção à maternidade, pode favorecer a permanência no trabalho em condições perigosas e a consulta ao ginecologista para solicitar a redução do horário de trabalho por meio de licença médica, em período integral ou parcial. Inclusive, a trabalhadora tende a não cumprir os intervalos extras previstos para não deixar os colegas de trabalho sozinhos⁸⁸.

3.1.4.3. Saúde do conceito e do feto ou bebê

As consequências obstétricas relatadas nos estudos dessa revisão foram descolamento de placenta e ruptura prematura da membrana^{83,85}, aborto espontâneo^{15,77,83,85}–

^{87,92}, ameaça de aborto^{15,84}, parto pré-termo e prematuridade^{83,85-87,92}, e anomalias congênitas^{15,83,85,92}, com destaque para os efeitos teratogênicos como estresse fetal⁸³, restrição de crescimento intrauterino^{15,83}, baixo peso ao nascer^{85-87,92} e morte fetal^{83,87}. Estes últimos são muito importantes tendo em vista que as malformações congênitas podem ser resultantes de agentes teratógenos, causas genéticas ou de ambos concomitantemente. Importa ressaltar que as substâncias de natureza teratogênica em sua maior parte são responsáveis por essas anomalias¹²⁹. E que as trabalhadoras da saúde gestantes podem estar expostas a essas substâncias nos ambientes de trabalho, e, para além dos agentes químicos, outros fatores, como o esforço físico, podem ser teratogênicos⁸³.

Park et al., em estudo comparando as profissionais de saúde com as de outras áreas (setor de educação) e mulheres não trabalhadoras, concluíram que, no geral, as profissionais de saúde têm um maior risco de resultados adversos da gravidez, como aborto espontâneo e restrições de crescimento intrauterino, embora outros estudos sejam necessários em relação aos riscos psicossociais, e anomalias congênitas¹⁵.

Outro estudo, ao comparar trabalhadoras da saúde e profissionais fora da área da saúde, corrobora o aumento do risco de aborto espontâneo quanto a alguns agentes esterilizantes, drogas antineoplásicas e radiação ionizante. Além disso, o excesso de risco de anomalias congênitas, especialmente dos sistemas nervoso e musculoesquelético, mas nenhuma evidência sobre morte fetal relacionada a radiação ionizante⁷⁷, embora tenha sido citada por outro autor em seu estudo⁸³. A exposição a drogas antineoplásicas, no primeiro trimestre de gestação, aumenta o número de perdas fetais por aborto espontâneo e de malformações congênitas, e a possibilidade de gravidez ectópica. Ainda, há o risco de fenda palatina ou labial para o grupo de trabalhadoras com 10 anos de exposição, como demonstrado por um estudo⁹².

O aborto espontâneo e anomalias congênitas também se relacionam com a exposição a gases e vapores anestésicos, e a produtos químicos, em geral, que podem causar efeitos adversos na descendência e potencial dano em lactentes. Por exemplo, os pesticidas organofosforados relacionam-se à propensão de distúrbios de atenção e hiperatividade anos mais tarde⁸³.

Como mencionado anteriormente, qualquer infecção pode ser potencialmente prejudicial durante a gravidez devido aos riscos de certas doenças infecciosas levarem às deficiências de desenvolvimento do feto e defeitos de nascimentos (ex.: CMV, Parvovírus B 19, rubéola)^{79,83}, à varicela congênita ou perinatal^{79,83,130}, ao aborto espontâneo, parto prematuro e prematuridade⁸³, e ao fato de que a febre associada a doenças infecciosas (ex.: sarampo, caxumba) pode iniciar o trabalho de parto prematuro⁷⁹. A prevalência de anomalias

congênitas é significativamente maior nos filhos das profissionais que trabalham com pacientes e, em trabalhadoras com hábito urinário comprometido, a infecção urinária é a segunda causa de mortalidade prematura de fetos com até três meses⁸³.

Os transtornos à saúde da gestante ou lactante, relacionados aos fatores psicossociais e organizacionais, como o estresse causado pela atividade e a carga de trabalho⁸⁴, estados ansiosos e depressivos, e o estresse ao retornar à rotina de trabalho⁸³, podem impactar negativamente a saúde do conceito ou bebê. Os desfechos apontados em alguns estudos dessa revisão foram parto pré-termo^{83,84}; aborto espontâneo, microcefalia, má-formação fetal e transtornos do desenvolvimento⁸³; ameaça de trabalho de parto prematuro e ameaça de aborto⁸⁴; e desmame precoce⁸³. O trabalho em turno noturno configura-se em um fator de risco importante para grávidas empregadas em hospitais por aumentar os riscos de aborto espontâneo^{19,20,125}.

O esforço físico, enquanto fator de risco biomecânico ou relacionado à má ergonomia, também pode favorecer o estresse fetal, a restrição de crescimento intrauterino, o baixo peso e a prematuridade^{83,86}, além de aborto espontâneo⁸⁶. Ademais, alguns estressores ergonômicos aumentam o risco de acidentes com quedas, acidentes automobilísticos e de acidentes com material biológico. Os possíveis desfechos nesses casos são estresse fetal, trauma abdominal com lesão uterina, descolamento prematuro de placenta; restrição do crescimento intrauterino e prematuridade; e o risco de morte fetal que aumenta com o avançar da gestação^{83,86,87}.

As complicações adversas gestacionais entre trabalhadoras da saúde, como aborto espontâneo, ameaça de aborto, trabalho de parto prematuro, anomalias fetais e retardo de crescimento intrauterino¹⁵, foram também analisadas em outros estudos, embora nem todos fossem específicos para trabalhadoras grávidas do setor hospitalar, e com resultados diferentes^{11,61,123,126,131}. As evidências sobre os riscos de parto pré-termo, baixo peso ao nascer e de pré-eclâmpsia em relação ao número de horas de trabalho e de atividades físicas não foram suficientemente convincentes em estudo realizado por Bonzini et al⁶¹ que, mesmo assim, consideraram ser prudente desaconselhar longas horas de trabalho, ficar em pé por muito tempo e fazer trabalho físico pesado, especialmente no final da gravidez.

3.1.5. Normativas técnico-jurídicas de proteção da maternidade e do trabalho

TABELA 15 – Literatura incluída na revisão de escopo por autores e ano, temas abordados, normas jurídicas e técnicas, e medidas políticas

Autores, ano	Tema	Normas jurídicas e técnicas, medidas políticas
Torres Romero <i>et al.</i> , 2020 ⁷⁶	Benefícios	Benefício de risco durante a gravidez
Pustiglione, 2017 ⁸³	Proteção à saúde no trabalho	Quanto às gestantes e lactantes dos serviços de saúde: Norma Regulamentadora nº 32 (NR32): exposição a gases ou vapores anestésicos, a quimioterápicos antineoplásicos; e a radiações ionizantes. Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO) Consolidação das Leis do Trabalho (CLT): art. 392, §4º: remanejamento ou redesignação e retorno ao trabalho Lei nº 13.287 de 11/05/2016: proibição de atividade insalubre durante gestação e lactação (acréscimo à CLT do artigo 394-A) e exercício das atividades em local salubre.
	Aleitamento materno	CLT, art. 396: direito, duração e pausas para amamentação.
Villar <i>et al.</i> , 2022 ⁸⁷	Benefícios	Benefício Ausência por doença/Licença Médica (LM) Benefício por risco ocupacional durante a gravidez
Gordon <i>et al.</i> , 2019 ⁸⁹	Proteção à saúde no trabalho Aleitamento materno Benefícios	Política de retorno ao trabalho pós-parto do Stanford/Kaiser Emergency Medicine Residency Program
Gravel <i>et al.</i> , 2017 ³⁵	Proteção à saúde no trabalho	Lei de Quebec sobre Saúde e Segurança Ocupacional (AOHS)
	Benefícios	Licença cautelar
Yu E, 2020 ⁹²	Proteção à saúde no trabalho	Legislação, Diretrizes e Recomendações Nacionais: EUA - lei específica sobre o manuseio de drogas perigosas no setor de saúde. Reino Unido - COSHH define drogas citotóxicas como substâncias perigosas e Manuseio Seguro de Drogas Citotóxicas no Local de Trabalho; União Europeia - Diretiva 2004/37/CE- proteção contra os riscos de exposição a agentes cancerígenos ou mutagênicos no trabalho e Prevenção da Exposição Ocupacional a Citotóxicos e Outras Drogas Perigosas; Austrália - Lei de Saúde e Segurança no Trabalho de 2011. Nova Gales do Sul - Drogas Citotóxicas e Resíduos Relacionados e Gestão de Riscos. Queensland - Guia para Manuseio de Drogas Citotóxicas e Resíduos Relacionados. Austrália Meridional - Drogas Citotóxicas e Resíduos Relacionados e Guia de Gerenciamento de Risco para Serviços de Saúde da Austrália Meridional; e Hong Kong - Portaria de Segurança e Saúde Ocupacional Capítulo 509, Regulamentações de Segurança e Saúde Ocupacional Capítulo 509 ^a e <i>Hospital Authority Safety Manual: Cytotoxic Drug Safety</i> .
Ocampo-Guirindola <i>et al.</i> , 2018 ⁹³	Aleitamento materno	A Lei de Promoção da Amamentação Expandida das Filipinas de 2009 (RA 10028)
Galtry, 2015 ⁹⁴	Aleitamento materno	Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, 1979 (CEDAW); Convenção de Proteção à Maternidade da Organização Internacional do Trabalho, 1919 (OIT C3) e a

Autores, ano	Tema	Normas jurídicas e técnicas, medidas políticas
		revisão de 1952 (OIT C103); e Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, 1989 (CRC)
Pitanga, 2021 ¹⁰¹	Proteção à saúde no trabalho	Trabalho perigoso ou insalubre - a inserção da mulher no mercado de trabalho e o conceito de insalubridade definido pela Norma Regulamentadora (NR-15), violações aos princípios e direitos trabalhistas trazidas pelo antigo trecho do dispositivo, CLT, Art. 394-A, à luz da análise da ADI 5.938.
Carvalho <i>et al.</i> , 2020 ¹⁰²	Proteção à saúde no trabalho	O trabalho realizado em ambiente insalubre hospitalar e a Lei n. 13.467 de 13/07/2017 da “Reforma Trabalhista”, à luz da Constituição Federal de 1988 e de normas internacionais ratificadas pelo Brasil.
Nunes e Martins, 2020 ¹⁰³	Proteção à saúde no trabalho	Lei n. 13.467 de 13/07/2017 da “Reforma Trabalhista”; Convenção OIT nº 03 (1919) - relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto; Convenção OIT nº 103 (1952) sobre o “Amparo à Maternidade”; Convenção OIT nº 183 (2000) - “ <i>Maternity Protection Convention</i> ”; Recomendação nº 191 da OIT - medidas a serem tomadas para adaptar as condições de trabalho para as gestantes e lactantes. O Art. 6º da CF - direito à proteção à maternidade no Brasil, como um direito fundamental social, a proteção à maternidade e à infância; os artigos 7º (inciso XXII), 200º (inciso VIII) e 225º da CF e convenções da OIT - meio ambiente do trabalho equilibrado e seguro é considerado um direito humano e fundamental do trabalhador; Convenção nº 115 da OIT - sobre a Proteção Contra as Radiações (ratificada pelo Brasil); Convenção nº 136 da OIT - “Proteção Contra os Riscos da Intoxicação pelo Benzeno”; Convenção nº 139 - câncer profissional; e Convenção 161 da OIT - Serviços de Saúde no Trabalho.
Andrade, 2018 ¹⁰⁰	Proteção à saúde no trabalho	Dispensa para exames médicos no Brasil e Chile.
	Aleitamento materno	Redução diária da jornada de trabalho no Uruguai.
	Licença maternidade	Duração da licença maternidade no Brasil, Chile e Uruguai.
	Licença paternidade	Duração e formas de financiamento da licença paternidade no Brasil, Chile e Uruguai.
	Licença parental	Flexibilidade e formas de financiamento da licença parental no Chile e Uruguai. O Brasil não possui licença parental.
ILO, 2014 ³⁴	Proteção à saúde no trabalho	Organização do tempo de trabalho: Recomendação Nº 191; Convenção dos Trabalhadores com Responsabilidades Familiares (1981). Trabalho noturno: Recomendação Nº 191, Parágrafo 6(4). Trabalho perigoso ou insalubre, e horas extras: as proibições gerais de trabalho perigoso, bem como trabalho noturno e horas extras para todas as mulheres são contrárias ao princípio da igualdade de oportunidades e tratamento no emprego e profissão, e contribuem para a discriminação de gênero no trabalho. Dispensa para exames médicos: Recomendação Nº 191, Parágrafo 6 (6).

Autores, ano	Tema	Normas jurídicas e técnicas, medidas políticas
		Avaliação de risco no local de trabalho: Recomendação Nº 191. Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho: Recomendação nº 191- devem ser tomadas medidas para fornecer, com base num atestado médico adequado, uma alternativa de trabalho.
	Aleitamento materno	Pausas para amamentação e cuidados infantis: duração e frequência das pausas para amamentação - Convenção Nº 183, art. 10(1)(2) e Recomendação Nº 191, Parágrafo 7. Redução diária da jornada de trabalho: Recomendação nº 191, parágrafo 8. Local de amamentação e creche: Recomendação nº 191, parágrafo 9, e Convenção nº 156, art. 5º.
Brasil, 1988 ¹⁰⁴	Proteção à saúde no trabalho Aleitamento materno Benefícios	CF de 1988, art. 6º - a proteção à maternidade como base para inúmeros outros direitos sociais instrumentais: licença-gestante e o direito à segurança no emprego, a proteção do mercado de trabalho da mulher, e a redução dos riscos inerentes ao trabalho. Art. 10, inciso II, alínea b - estabilidade do vínculo de trabalho da gestante. Art. 203 - a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivo proteção e amparo à família, à maternidade, à infância etc.
Brasil, 2017 ¹⁰⁵	Proteção à saúde no trabalho	Dispensa para exames médicos: § 4º, inciso II, do art. 392 da CLT, com redação dada pela Lei 9.766 de 26/05/1999, e licença para levar o filho ao médico (art. 473, XI da CLT). Trabalho perigoso ou insalubre: art. 394 da CLT. Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho: art. 10, inciso II, alínea b do ADCT- garantia de emprego a contar da confirmação da gravidez até cinco meses após o parto; art. 391 da CLT - casar ou engravidar não configuram motivo para rescisão contratual ou restrições ao direito da mulher ao emprego; art. 373-A da CLT - proíbe a exigência de atestado de gravidez ou de atestado de esterilização para fins de contratação etc.
	Aleitamento materno no trabalho	Pausas para amamentação e cuidados infantis: art. 396 da CLT - intervalos para a amamentação; art. 473, XI da CLT - licença para levar o filho ao médico. Local de amamentação e creche: art. 389, § 1º da CLT.
	Benefícios	Benefício por auxílio-doença/licença médica: o médico poderá ampliar o número de consultas e exames, concedendo-lhe licença médica. Os primeiros 15 dias de afastamento serão por conta do empregador, depois as despesas ficam a cargo do INSS, que pagará à gestante o auxílio-doença. O art. 395 da CLT - nos casos em que o aborto não é criminoso, direito a repouso remunerado de duas semanas e de retornar à mesma função que ocupava.
	Licença maternidade	Duração da licença maternidade: art. 392 da CLT.
Brasil, 1978 ¹⁰⁶	Proteção à saúde no trabalho	Trabalho perigoso ou insalubre: NR 15 - atividades e operações insalubres/ limite de tolerância (Anexo nº 11 - Agentes químicos; Anexo nº 13A – o Programa de Prevenção da Exposição Ocupacional ao Benzeno, NR-01 e Portaria

Autores, ano	Tema	Normas jurídicas e técnicas, medidas políticas
		MTP nº 806, de 13/4/2022; Anexo nº 14 - Agentes Biológicos.
ILO, 2014 ¹⁰⁷	Proteção à saúde no trabalho Licença maternidade	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Convenção OIT para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979); Convenção OIT, nº 102 (Parte VIII) - padrões mínimos quanto à cobertura populacional de esquemas de proteção à maternidade e para o fornecimento de benefícios pecuniários durante a licença maternidade etc.; Convenção OIT, nº 183 (2000), de Proteção à Maternidade, e sua Recomendação acompanhante (nº. 191) - cobertura populacional, proteção à saúde, licença maternidade e licença em caso de doença ou complicações, benefícios monetários, proteção ao emprego e não discriminação, bem como amamentação; e a Recomendação OIT, nº 202 - benefícios como parte das garantias básicas de seguridade social que compõem os pisos de proteção social.
ILO, 2000 ¹⁰⁸	Proteção à saúde no trabalho	Trabalho perigoso ou insalubre: Convenção OIT, nº 183, art. 3º. Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho: Convenção OIT, nº 183, art. 8º - estabilidade do vínculo de emprego da gestante e manutenção do mesmo salário pós licença maternidade; art. 9º - a maternidade não pode ser fonte de discriminação no trabalho ou de acesso ao emprego.
	Aleitamento materno e creche	Pausas para amamentação e cuidados infantis: Convenção OIT, nº 183, art. 10º.
	Licença maternidade	Duração da licença maternidade: Convenção OIT, nº 183, Art. 4º
	Benefícios	Licença médica ou auxílio-doença: Convenção OIT, nº 183, art. 5º - antes ou depois do período de licença maternidade em caso de doença, complicações ou risco de complicações decorrentes da gravidez ou do parto. Financiamento de prestações pecuniárias de maternidade: Convenção OIT, nº 183, art. 6º - prestações pecuniárias às mulheres ausentes do trabalho em licença referida nos artigos 4º ou 5º.
ILO, 1981 ³³	Proteção à saúde no trabalho	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho: Convention OIT, nº 156, art. 4º - medidas para permitir que os trabalhadores com responsabilidades familiares exerçam seu direito à livre escolha de emprego; e ter em conta as suas necessidades de condições de emprego e de segurança social; Convention OIT, nº 156, art. 7º - medidas para permitir que os trabalhadores com responsabilidades familiares se integrem à força de trabalho, continuem a fazer parte dela e retomem o emprego após uma ausência devido a essas responsabilidades; Convention OIT, nº 156, art. 8º - as responsabilidades familiares não podem constituir motivo válido para a extinção da relação de trabalho.

Autores, ano	Tema	Normas jurídicas e técnicas, medidas políticas
	Aleitamento materno e creche	Local de amamentação e creche: Convention OIT, nº 156, art. 5º - medidas para atender às necessidades dos trabalhadores com responsabilidades familiares no planejamento das autarquias locais ou regionais; e desenvolver ou promover serviços comunitários, como creche e serviços e instalações de apoio à família.
ILO, 1952 ¹⁰⁹	Licença maternidade	Duração da licença maternidade: Convention OIT, nº 103, art. 3.º - licença de, pelo menos, doze semanas, incluindo um período de licença obrigatória após o parto. Esta convenção foi revisada pela de nº 183.
WHO e ILO, 2022 ¹¹⁰	Proteção à saúde no trabalho	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho: profissionais de saúde grávidas e lactantes requerem proteção efetiva da maternidade, incluindo proteção contra rescisão do contrato de trabalho ou perda de rendimentos durante a licença maternidade, bem como acesso a cuidados e serviços de saúde materna de qualidade. Gestores das unidades de saúde e federações hospitalares – implementar medidas de saúde ocupacional (cuidado do empregador).
UE, 1992 ¹¹¹	Proteção à saúde no trabalho	Trabalho noturno: Diretiva 92/85/EEC – assegurar que as trabalhadoras grávidas não sejam obrigadas a trabalhar em turnos noturnos quando tal for clinicamente indicado (sob reserva da apresentação de um atestado médico). Dispensa para exames médicos: Diretiva 92/85/EEC, art. 9 - exames pré-natais. Avaliação de risco no local de trabalho: Anexo II da Diretiva - orientações para avaliação dos agentes químicos, físicos e biológicos e dos processos industriais considerados perigosos para a saúde e segurança das mulheres grávidas ou puérperas e lactantes. Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho: as mulheres não devem ser dispensadas do trabalho por motivo de gravidez e maternidade desde o início da gravidez até o final do período de afastamento do trabalho.
	Licença maternidade	Duração da licença maternidade: Diretiva 92/85/EEC, arts. 8º, 2º e 1º.
UE, 2019 ¹¹²	Proteção à saúde no trabalho	Organização do horário de trabalho: Diretiva (UE) 2019/1158, medidas legais para alargamento do direito existente à solicitação de regime de trabalho flexível. Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho: Diretiva (UE) 2019/1158, medidas políticas como apoio para: garantir proteção contra discriminação e demissão de pais e cuidadores, uso equilibrado de gênero de licenças relacionadas à família e acordos de trabalho flexíveis, utilização dos fundos europeus para melhorar a prestação de serviços de cuidados formais, e eliminar os desincentivos económicos que impedem as mulheres de aceder ao mercado de trabalho ou de trabalhar a tempo inteiro.
	Licença paternidade,	Licença paternidade: DIRETIVA (UE) 2019/115, medidas legais para modernizar o atual quadro jurídico da UE no domínio das licenças relacionadas com a família e regimes

Autores, ano	Tema	Normas jurídicas e técnicas, medidas políticas
		de trabalho flexíveis, com a introdução da licença paternidade etc.
	licença parental e licença adoção	Licença parental: DIRETIVA (UE) 2019/1158, medidas legais para o reforço do direito existente a 4 meses de licença parental e o direito de solicitar a licença de forma flexível.

Notas: ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade; INSS – Instituto Nacional do Seguro Social; NR – Norma Regulamentadora; COSHH - Control of Substances Hazardous to Health Regulations; ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; OIT – Organização Internacional do Trabalho.

3.1.5.1. Proteção à maternidade enquanto direito humano, essencial e fundamental

A proteção da maternidade e da infância, por meio de cuidados e assistência especiais, e da garantia de previdência social, constitui-se em direito humano, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)¹³². De acordo com a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979)¹³³, a proteção da maternidade é proclamada como um direito essencial e medidas especiais devem ser tomadas para garantir esse direito. Ainda, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966)¹³⁴ reitera o direito das mães à proteção especial durante um período razoável antes e depois do parto, incluindo licença remunerada ou licença com benefícios adequados de seguridade social^{94,107}.

As convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que versam especificamente sobre a proteção da maternidade, enquanto Direito Humano, são a Convenção relativa ao Emprego das Mulheres antes e depois do parto (nº 03)¹³⁵, adotada pela OIT em 1919; a Convenção nº 103¹⁰⁹ sobre o Amparo à Maternidade adotada em 1952, que revisou a de nº 03; e a Convenção de Proteção à Maternidade (nº 183)¹⁰⁸ adotada em 2000 pela OIT e que revisou a de nº 103.

A estrutura dos direitos humanos demanda fortalecimento em todas as direções para fomentar a assistência à família e proteger a maternidade¹³⁶. A amamentação exclusiva é uma das medidas de proteção à maternidade que requer a observância dos direitos humanos das mulheres⁹⁴, assim como a recuperação pós-parto e a função reprodutiva da mulher, e não devem ser consideradas medidas discriminatórias^{94,136}.

A discriminação é outro obstáculo importante à assistência familiar e proteção da maternidade. Ela pode se manifestar como uma questão de gênero no local de trabalho¹³⁷, e em razão da própria gravidez^{35,138} ou da condição de infertilidade dos trabalhadores¹³⁹. Esta última é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como status de deficiência ou incapacidade^{140,141}, e não a reconhecer como tal pode ser injusto e discriminatório, tendo em

vista que os trabalhadores podem ser impedidos de acessar as medidas de proteção à maternidade, em caso de adoção ou barriga de aluguel^{34,139}.

No Brasil, o direito de proteção à maternidade e à infância encontra-se tutelado no art. 6º do texto constitucional como um direito fundamental social, dentre outros como trabalho e saúde. O direito de proteção à maternidade é a base para inúmeros outros direitos sociais instrumentais, tais como a licença-gestante e o direito à segurança no emprego, a proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei, e redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança¹⁰⁴.

O meio ambiente do trabalho equilibrado e seguro também é considerado um direito humano e fundamental do trabalhador¹⁰³, sendo amparado por diversas convenções da OIT¹⁴²⁻¹⁴⁵ e protegido pela Constituição Federal brasileira de 1988 em seu art. 7º, inciso XXII; art. 200, inciso VIII e art. 225¹⁰⁴. Cabe ressaltar que, quando o trabalho é prestado em condições dignas, ele não viola o ser humano enquanto fim em si mesmo. Qualquer trabalho humano deve ser sustentado pelo valor da dignidade, e o direito ao trabalho deve ser assegurado, mesmo que minimamente, para que a dignidade humana sobreviva. Segundo Ledur, em 1998, quando o conjunto da sociedade e não somente o indivíduo se beneficia pela criação de melhores condições de vida, então a dignidade humana assumirá um nítido conteúdo social pela realização do direito ao trabalho¹⁴⁶.

3.1.5.2. Proteção à saúde no trabalho

Os locais de trabalho devem ser seguros para todos os trabalhadores, homens e mulheres, em todas as fases do ciclo de vida. Contudo, intervenções específicas de gênero, para trabalhadoras grávidas e lactantes, são necessárias e devem envolver aspectos como organização do tempo de trabalho, trabalho noturno, horas extras, dispensa para exames médicos, avaliação de risco no local de trabalho, e medidas específicas, de proteção da maternidade e do trabalho, para as mães e gestantes³⁴.

Organização do tempo de trabalho

O que se busca quanto à organização do tempo de trabalho, conforme a Recomendação nº 191¹⁴⁷ e a Convenção dos Trabalhadores com Responsabilidades Familiares (1981)³³ da Organização Internacional do Trabalho (OIT), é a conciliação entre responsabilidades familiares e emprego^{25,81,89-91}, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida no trabalho, inclusive com a redução progressiva da jornada diária de

trabalho e das horas extras³⁴. Ademais, o art. 8º da Convenção nº 156 da OIT diz que a relação de trabalho não deve ser extinta devido às responsabilidades familiares³³.

A União Europeia (UE), em sua Diretiva 2019/1158¹¹², propõe como medidas legais o alargamento do direito existente à solicitação de regime de trabalho flexível (horário reduzido, horário flexível e flexibilidade no local de trabalho) a todos os pais trabalhadores de crianças até 8 anos, pelo menos, e a todos os encarregados da educação, favorecendo a conciliação entre trabalho e família. Já no Uruguai, a legislação prevê a redução de carga horária, como alternativa à licença parental, somente para que as mães servidoras públicas, que não são elegíveis para o Subsídio Parental para Cuidados, possam amamentar¹⁰⁰.

Trabalho noturno

A mulher grávida ou lactante não deve ser obrigada a fazer trabalho noturno se um atestado médico declarar que tal trabalho é incompatível com sua gravidez ou amamentação, conforme o Parágrafo 6(4) da Recomendação nº 191 da OIT^{34,147}. Ainda, ela recomenda uma alternativa a esse trabalho sob a forma de transferência para outro cargo, sem perda de remuneração, ou licença remunerada, quando não for possível a transferência, mas sempre em acordo com as leis, regulamentos ou práticas nacionais. Por exemplo, os Estados-Membros da UE devem assegurar que as trabalhadoras grávidas não sejam obrigadas a trabalhar em turnos noturnos quando tal for clinicamente indicado, sob reserva da apresentação de um atestado médico, conforme a Diretiva 92/85/EEC¹¹¹.

Horas extras

Vários Estados-Membros da OIT promulgaram disposições para proteger mulheres grávidas e lactantes da fadiga associada ao trabalho noturno e horas extras, conforme orientação da OIT para redução progressiva da jornada diária de trabalho e das horas extras, em sua Convenção nº 156, Parágrafo 17; 18(a)^{33,34}.

Contudo, é importante salientar que para se resguardar o princípio da igualdade de oportunidades e de tratamento no emprego e profissão, evitando a discriminação de gênero no trabalho, as proibições gerais de trabalho perigoso, trabalho noturno e horas extras não devem ser aplicadas a todas as mulheres, por mais louváveis que possam parecer, em termos de preocupação com a saúde³⁴.

Dispensa para exames médicos

A folga para cuidados de saúde pré-natal é vital para detectar e prevenir complicações na gravidez e para garantir que as mulheres grávidas conheçam seu status de HIV³⁴. A

Recomendação n.º 191, no Parágrafo 6(6), preconiza a autorização para a mulher se ausentar do local de trabalho, se necessário, após notificação à entidade patronal, para efeitos de realização de exames médicos relativos à sua gravidez¹⁴⁷. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda os modelos de cuidados pré-natais com um mínimo de oito contatos, para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados¹⁴⁸. As consultas devem incluir intervenções como vacinação com toxóide tetânico, triagem e tratamento de infecções e identificação de sinais de alerta durante a gravidez^{34,149}.

Os países da União Europeia, em conformidade com as legislações e práticas nacionais, devem tomar medidas necessárias para que as trabalhadoras grávidas possam efetuar exames pré-natais durante o expediente de trabalho sem prejuízo na remuneração, caso não os possam fazer em outro horário, conforme a Diretriz 92/85/EEC¹¹¹.

Quanto à dispensa para exames médicos, específicas para cuidados de crianças pequenas, não existe um padrão em relação aos direitos garantidos aos trabalhadores em países da América Latina, como Brasil, Chile e Uruguai¹⁰⁰. A legislação chilena para licenças, em caso de doenças graves dos filhos, condiciona o direito dos pais à vontade das mães. No Brasil, encontra-se no âmbito das políticas públicas para a Primeira Infância o direito dos pais de acompanharem o pré-natal da mãe de seus filhos e de levá-los a consultas médicas. De acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)¹⁰⁵, § 4º, inciso II, do artigo 392, a dispensa pelo tempo necessário para realizar, no mínimo, 6 (seis) consultas médicas e exames complementares é garantido à empregada gestante, sem prejuízo do salário e demais direitos. Além disso, a licença para levar o filho ao médico encontra-se amparada pelo art. 473, XI da CLT.

Trabalho perigoso ou insalubre

Sem desconsiderar as ponderações do Comitê de Peritos da OIT quanto às proibições gerais de trabalho perigoso para todas as mulheres como uma forma discriminação de gênero no trabalho³⁴, há que se buscar toda proteção possível para as trabalhadoras gestantes, lactantes e seus filhos, nos ambientes de trabalho, tendo em vista que nem todos os limites de exposição são seguros, difíceis de serem medidos, muitas vezes, além das divergências entre normas quanto aos limites^{96,150}. Após consultar as organizações representativas de empregadores e trabalhadores, aos Estados-membros da OIT cabe adotar medidas apropriadas para assegurar que mulheres grávidas ou lactantes não sejam obrigadas a realizar trabalho que tenha sido determinado pela autoridade competente como prejudicial à saúde da mãe ou da criança, conforme o art. 3 da Convenção n.º 183¹⁰⁸.

A Recomendação nº 191 da OIT reforça a Convenção nº 183 ao orientar que, quando uma avaliação do ambiente de trabalho estabelece um risco significativo para a saúde da mãe ou de seu filho, medidas devem ser tomadas para adaptar as condições de trabalho para a gestante ou lactante, até mesmo com a possibilidade de a transferir para uma função mais segura ou de lhe conceder licença remunerada¹⁴⁷.

Como já demonstrado pela literatura científica^{6,8-10}, vários riscos ocupacionais tornam os ambientes de trabalho no setor hospitalar insalubres, principalmente, para as trabalhadoras grávidas, lactantes ou em idade fértil. Portanto, a ratificação e observância de outras convenções da OIT são importantes¹⁰³. Por exemplo, tem-se para os riscos físicos^{15,77,80,83,85,87,121} a Convenção sobre a Proteção Contra as Radiações (nº 115)¹⁴⁵; para os riscos químicos a Convenção sobre o Câncer Profissional (nº 139)¹⁴⁴ que preconiza a proteção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a substâncias ou agentes cancerígenos^{15,77,80,82,83,85,87,92} e a Convenção sobre Proteção Contra os Riscos da Intoxicação pelo Benzeno (nº 136)¹⁴³, que no art. 5º trata do direito ao meio ambiente do trabalho seguro e, no art. 11, sobre a proteção da maternidade com a garantia de que as mulheres grávidas e as mães em período de amamentação não sejam empregadas em trabalhos que acarretam exposição ao benzeno ou produtos contendo benzeno (benzina retificada, utilizada no setor saúde)¹⁵¹. Além disso, a Convenção sobre os Serviços de Saúde no Trabalho (nº 161)¹⁴² que preconiza definir e pôr em prática uma política nacional coerente com relação aos serviços de saúde no trabalho¹⁰³.

Em revisão da literatura sobre a exposição ocupacional de profissionais de saúde a drogas antineoplásicas, Yu E (2020)⁹² elencou alguns países e suas legislações, diretrizes e recomendações nacionais. Os Estados Unidos têm lei específica sobre o manuseio de drogas perigosas no setor de saúde, já promulgada em alguns estados. No Reino Unido, o *Control of Substances Hazardous to Health* (COSHH) define drogas citotóxicas como substâncias perigosas e endossa o guia para Manuseio Seguro de Drogas Citotóxicas no Local de Trabalho (*Health and Safety Executive's Safe Handling of Cytotoxic Drugs in the Workplace*). Na União Europeia, a Diretiva 2004/37/CE trata da proteção dos trabalhadores contra os riscos relacionados à exposição a agentes cancerígenos ou mutagênicos no trabalho (Prevenção da Exposição Ocupacional a Citotóxicos e Outras Drogas Perigosas). Há na Austrália a Lei de Saúde e Segurança no Trabalho de 2011, o Guia para Manuseio de Drogas Citotóxicas e Resíduos Relacionados (Queensland) e o Guia de Gerenciamento de Risco para Serviços de Saúde da Austrália Meridional (Drogas Citotóxicas e Resíduos Relacionados). Além da Portaria de Segurança e Saúde Ocupacional de Hong Kong (*Caption* 509) que se aplica aos locais de trabalho, incluindo hospitais e clínicas, das Regulamentações

de Segurança e Saúde Ocupacional (*Caption 509A*) e do *Hospital Authority Safety Manual: Cytotoxic Drug Safety*⁹².

O trabalho perigoso ou insalubre - O caso do Brasil

Quanto ao trabalho perigoso ou insalubre, vale ressaltar a situação do Brasil em termos das normas técnico-jurídicas, com aplicação na proteção da saúde das trabalhadoras gestantes ou lactantes, e algumas recentes mudanças. Primeiramente, o Brasil, dentre muitos outros países que ainda não ratificaram a Convenção nº 183, deixa claro o seu descompromisso com a proteção integral e adequada das trabalhadoras gestantes e lactantes¹⁰³. Resta saber se a Recomendação nº 191 que acompanha essa Convenção tem influenciado e orientado a formulação de políticas no Brasil, uma vez que prevê, em seu parágrafo 6º, medidas como eliminação dos riscos, adaptação das condições de trabalho, transferência para uma função mais segura ou licença remunerada¹⁴⁷.

Algo que merece destaque foi a ratificação pelo Brasil de convenções da OIT muito importantes para a proteção da saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras, que têm aplicação direta nos ambientes de trabalho hospitalares. Citando Nunes e Martins (2020), tem-se a Convenção sobre a Proteção Contra as Radiações (nº 115)¹⁴⁵, ratificada pelo Brasil em 05/09/1966. Para os riscos químicos, a Convenção sobre o Câncer Profissional (nº 139)¹⁴⁴ que preconiza a proteção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a substâncias ou agentes cancerígenos, ratificada em 27/06/1990. A Convenção sobre Proteção Contra os Riscos da Intoxicação pelo Benzeno (nº 136)¹⁴³, ratificada em 24/03/1993, que no art. 5º trata do direito ao meio ambiente do trabalho seguro, e no art. 11 sobre a proteção da maternidade com a garantia de que as mulheres grávidas e as mães em período de amamentação não sejam empregadas em trabalhos que acarretam exposição ao benzeno ou produtos contendo benzeno. Além disso, a Convenção sobre os Serviços de Saúde no Trabalho (nº 161)¹⁴² que preconiza definir e pôr em prática uma política nacional coerente com relação aos serviços de saúde no trabalho e que foi ratificada em 18/05/1990¹⁰³.

No ordenamento jurídico brasileiro, a Lei nº 13.287¹⁵², de 11 de maio de 2016, proíbe qualquer atividade insalubre durante a gestação e a lactação, pela força do acréscimo à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) do artigo 394-A, que determina o afastamento da empregada gestante ou lactante de quaisquer atividades, operações ou locais insalubres, devendo exercer suas atividades em local salubre, enquanto durar a gestação e a lactação⁸³. É garantida à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos, segundo o art. 392, §4º da CLT, a transferência de função, quando as condições de saúde o

exigirem, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho¹⁰⁵.

A Portaria do Ministério do Trabalho (MTb) n.º 3.214, de 08 de junho de 1978, aprovou as Normas Regulamentadoras (NR) do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho¹⁰⁶. Dentre essas normas, a NR-15¹⁵³ que foi alterada pela Portaria do Ministério do Trabalho e Previdência (MTP) n.º 806, de 13 de abril de 2022¹⁵⁴, trata das atividades e operações insalubres e dos limites de tolerância. Em seu Anexo nº 11, ela nomina os agentes químicos cuja insalubridade é caracterizada por limite de tolerância e inspeção no local de trabalho, e os adicionais de periculosidade e insalubridade como forma de proteção ao trabalho da mulher e à maternidade. No Anexo nº 13-A, sobre o Programa de Prevenção da Exposição Ocupacional ao Benzeno, além do estabelecido na NR-01, ela determina os procedimentos específicos de proteção para o trabalho das mulheres grávidas ou em período de amamentação¹⁵⁴.

Ademais, a NR-15 em seu Anexo nº 14 sobre os agentes biológicos, instituído pela Portaria SSMT n.º 12, de 12 de novembro de 1979¹⁵⁵, traz a relação das atividades que envolvem agentes biológicos, cuja insalubridade é caracterizada pela avaliação qualitativa. Como Insalubridade de grau máximo foram incluídos, dentre outros, os trabalhos ou operações em contato permanente com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados, carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pelos e dejeções de animais portadores de doenças infectocontagiosas. Já a insalubridade de grau médio inclui os trabalhos e operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagante, em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana etc.^{154,155}

No que diz respeito aos serviços de saúde, a partir de considerações feitas por Pustiglione (2017) sobre os agentes de risco ocupacional (ARO) para trabalhadoras gestantes e lactantes e seus impactos no conceito e no lactente, há que se considerar e aplicar, para além das normas já citadas, outras que tratam da insalubridade, buscando a proteção tanto da saúde da gestante e criança quanto do seu trabalho⁸³.

De acordo com o item 32.3.9.3.4 da NR-32 (2005)¹⁵⁶, importante instrumento para a segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, a trabalhadora gestante só poderá trabalhar em áreas, com possibilidade de exposição a gases ou vapores anestésicos^{15,77}, após autorização por escrito do médico responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), em conformidade com o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). O item 32.3.9.4.6 determina afastar as

trabalhadoras gestantes e nutrizes das atividades que envolvem quimioterápicos antineoplásicos⁹². Quanto às atividades com radiações ionizantes^{15,77,80,83,85,87,121}, toda trabalhadora com gravidez confirmada deve ser afastada e remanejada para atividade compatível com seu nível de formação¹⁰⁵.

Cabe ressaltar que no Brasil as gestantes e lactantes ainda não foram objeto de regulamentação da exposição ocupacional aos agentes biológicos e aos produtos químicos em geral, a despeito da Recomendação nº 191 da OIT que orienta a avaliação de risco e medidas de proteção no ambiente de trabalho, inclusive quanto aos agentes citados. Tendo em vista a possibilidade de transmissão vertical de agentes biológicos (Ex.: HIV, Varicella-zoster e Rubivirus)^{78,79} e de agentes químicos, via leite, com a necessidade de interrupção do aleitamento materno, há que se pensar em legislação específica para proteger a grávida, a lactante e o bebê⁸³.

Com o advento da então popularmente conhecida “Reforma Trabalhista”, por meio da Lei n. 13.467¹⁵⁷ de 13 de julho de 2017, houve alterações quanto ao trabalho realizado em ambiente insalubre hospitalar, no tocante à jornada de trabalho 12x36, ao intervalo intrajornada, e ao trabalho da gestante e lactante, que passam a ter o “direito” de laborar em ambiente insalubre. Carvalho et al. constataram que essas mudanças divergem da Lei Maior por afrontarem o bem maior tutelado pela Constituição Federal de 1988 que é o princípio da dignidade da pessoa humana. Além do intervalo intrajornada contrariar as normas internacionais ratificadas pelo Brasil e do artigo sobre jornada de trabalho 12x36 tratar sobre matéria de saúde, higiene e segurança do trabalho¹⁰².

Antes da reforma trabalhista, toda trabalhadora era afastada automaticamente de todas as atividades, operações e locais insalubres, enquanto durasse o período de gestação e lactação pois só era permitido trabalhar, em tal situação, em local salubre. Com a reforma, foi autorizado o trabalho de gestantes em locais de trabalho insalubres em grau médio e mínimo, e o trabalho de lactantes em condições de insalubridade máxima, média e mínima, tornando obrigatório o afastamento das trabalhadoras em tais condições apenas no caso de apresentação de atestado médico que o justificasse¹⁰³.

Pitanga (2021) ao analisar a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI - 5.938)¹⁵⁸, destacou o avanço que ela trouxe ao proteger os direitos sociais das empregadas gestantes e lactantes e reconhecer a significativa luta do movimento sindical ao declarar inconstitucional a expressão “quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento”, contida nos incisos II e III do art. 394-A da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), inseridos pelo art. 1º da Lei 13.467/2017. Tendo em vista o protagonismo da força de trabalho feminina em alguns setores, principalmente no

setor de saúde, há que se defender as matrizes principiológicas que regem as normas jurídicas, bem como realizar uma análise crítica sobre a revisão da NR-15 e a inserção das mulheres no ambiente de trabalho insalubre, para coibir a violação da proteção aos direitos trabalhistas¹⁰¹.

Avaliação de risco no local de trabalho

Para que a trabalhadora grávida ou lactante possa exercer sua atividade laboral sem riscos para sua saúde e de seu filho, faz-se necessário garantir a avaliação de quaisquer riscos no local de trabalho. As trabalhadoras grávidas e lactantes não podem, em caso algum, serem obrigadas a exercer funções para as quais a avaliação tenha revelado risco de exposição a agentes que comprometam a sua segurança ou saúde³⁴.

A Recomendação nº 191 da OIT, sobre a Proteção da Maternidade, orienta os Estados-membros a avaliarem os ambientes de trabalho e a tomarem medidas quanto aos riscos químicos ou físicos e agentes biológicos que representem perigo para a saúde reprodutiva; e riscos biomecânicos e organizacionais, como trabalhos árduos que envolvam levantar, carregar, empurrar ou puxar cargas manualmente e trabalhos que envolvam esforço físico (longos períodos sentado ou em pé, a temperaturas extremas, ou à vibração), além de trabalho que requer equilíbrio especial^{34,147}.

Duas orientações importantes contidas na Recomendação nº 191 são a disponibilização dos resultados da avaliação de risco para a trabalhadora em questão e a garantia do direito da trabalhadora de retornar ao seu trabalho ou a um trabalho equivalente assim que for seguro para ela fazê-lo, sem riscos a sua saúde¹⁴⁷. Quanto à disponibilização dos resultados da avaliação de risco, há que se considerar a obrigação moral e ética de se registrar os resultados e informações a respeito de cada trabalhador, bem como de informá-lo, tendo em vista que o que não é contado ou registrado, não se conta. Em suma, todo indivíduo, por exemplo o trabalhador exposto a riscos tóxicos ou o cidadão vulnerável a poluentes ambientais, tem direito de fazer parte das estatísticas, e, portanto, precisa ser considerado nos registros (“*The right to be counted*”), para fins de vigilância à saúde¹⁵⁹.

A Diretiva 92/85/EEC da União Europeia abriga um conjunto de orientações que detalha a avaliação dos vários agentes ou riscos, servindo de base para que os empregadores ou os serviços de saúde e segurança façam a avaliação de risco para todas as atividades que as trabalhadoras grávidas ou lactantes possam realizar, e decidam quais medidas devem ser tomadas para evitar esses riscos. A Diretiva, além dos riscos apontados pela Recomendação nº 191, inclui provisões para a fadiga mental e outros tipos de estresse mental. E em conformidade com a mesma Recomendação, as trabalhadoras devem ser informadas dos

resultados e das medidas a serem tomadas, que podem ser o ajustamento das condições de trabalho, a transferência para outro posto de trabalho ou a concessão de licença¹¹¹.

No Reino Unido, os empregadores devem avaliar os riscos do manuseio de medicamentos citotóxicos e tomar as devidas precauções para proteger os trabalhadores da assistência à saúde. As orientações a serem seguidas são definidas pelo *Control of Substances Hazardous to Health Regulations* (COSHH) e o *Health and Safety Executive's Safe Handling of Cytotoxic Drugs in the Workplace* (guideline) que é um código de prática aprovado pela COSHH⁹².

Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho (mães e grávidas)

As principais medidas de proteção da maternidade no trabalho se resumem ao trabalho seguro e salubre proporcionado às trabalhadoras gestantes, lactantes ou mães. A trabalhadora tem o direito de exercer sua atividade profissional em um ambiente saudável que não prejudique a sua saúde e de seu filho ou que não implique em risco significativo para a saúde da mãe ou da criança, conforme a Convenção nº 183¹⁰⁸ que revisou a de nº 103¹⁰⁹ da OIT.

Portanto, segundo a Recomendação nº 191¹⁴⁷ que acompanha a Convenção nº 183, em caso de risco presente no ambiente de trabalho e com base num atestado médico adequado, deve-se fornecer uma alternativa a esse trabalho que pode ser através da eliminação do risco, adaptação das condições de trabalho, transferência para outro cargo, quando tal adaptação não for viável, ou licença remunerada, de acordo com as leis, regulamentos ou práticas nacionais, quando a transferência não for possível^{6,34,147,160}.

Por exemplo, uma trabalhadora grávida que julgue que suas condições de trabalho são perigosas para sua saúde e a de seu feto pode invocar a Lei de Quebec sobre Saúde e Segurança Ocupacional (AOHS) e pode pedir para ser imediatamente designada para "outras funções que ela é razoavelmente capaz de realizar e que não envolvam tal perigo"³⁵. Mesmo quando as normas regulamentares não oferecem proteção total, as medidas que garantem o seu cumprimento podem diminuir os riscos no local de trabalho tornando-o mais seguro, não discriminatório e sem colocar em risco a saúde de uma futura criança^{35,75}.

Embora as mudanças no ambiente de trabalho possam reduzir as licenças médicas de mulheres grávidas¹⁶¹, muitas vezes opta-se por permitir que mulheres grávidas deixem o trabalho por motivo de licença, preventiva (por precaução) e médica^{24,25}, ainda que se pudesse realizar adaptações no local de trabalho ou a transferência das trabalhadoras²³. O ajuste no trabalho foi associado à redução do afastamento durante a gravidez em estudo de coorte norueguesa, *Mother and Child Cohort Study*¹⁶².

Uma importante consideração a ser feita com relação às políticas de assistência à carreira e intervenções nos locais de trabalho³⁴, como creches, auxílio-creche, horário de trabalho flexível e programas de modificação do processo de trabalho, em termos de tarefas e carga horária, devido à deficiência parcial e temporária para o trabalho^{37,160}, é se as leis de âmbito nacional servem como um catalisador mais forte para as políticas organizacionais de trabalho¹⁶³ do que as dos níveis regional ou local. Portanto, são necessários estudos mais profundos e que considerem as diversas realidades nacionais, inclusive as heterogeneidades em mulheres trabalhadoras, por exemplo, com base no tipo (público e privado) e tamanho da organização empregadora, e do tipo de emprego¹⁶⁴.

De acordo com o art. 8 da Convenção nº 183, por ser ilegal, o empregador não pode rescindir o contrato de trabalho de uma mulher durante sua gravidez, na licença maternidade, na licença médica em caso de doença, intercorrência ou risco de intercorrência decorrente da gravidez ou do parto, e durante um período após seu retorno ao trabalho a ser prescrito por leis ou regulamentos nacionais, exceto por motivos não relacionados à gravidez ou nascimento da criança e suas consequências ou amamentação¹⁰⁸. A Diretiva 92/85/EEC da União Europeia também determina que as mulheres não devem ser dispensadas do trabalho por motivo de gravidez e maternidade, desde o início da gravidez até o final do período de afastamento do trabalho¹¹¹. Já a garantia à mulher do direito de regressar ao mesmo posto de trabalho ou a posto equivalente com a mesma remuneração, após a eliminação ou controle dos riscos ocupacionais, e no término da licença de maternidade, é referendada pela Recomendação nº 191 e Convenção nº 183, respectivamente.

As principais medidas para se proteger o trabalho da gestante buscam evitar que a maternidade se constitua uma fonte de discriminação¹⁶⁵⁻¹⁶⁷ no emprego e favorecem a permanência da trabalhadora na atividade profissional pelo maior tempo possível durante a gestação^{35,110,168}. Cada Estado-membro da OIT, deve assegurar o acesso ao emprego para que a maternidade não se constitua uma fonte de discriminação no emprego, conforme o art. 9 da Convenção nº 183. As medidas apropriadas de acesso incluem a proibição de exigir um teste de gravidez ou um certificado desse teste quando uma mulher se candidata a um emprego, exceto quando exigido por leis ou regulamentos nacionais em relação ao trabalho que é proibido ou restrito para mulheres grávidas ou lactantes de acordo com as leis ou regulamentos nacionais, ou quando houver um risco reconhecido ou significativo para a saúde da mulher e da criança¹⁰⁸.

A Convenção nº 156 da OIT, sobre Trabalhadores com Responsabilidades Familiares³³, determina em seu art. 4º que para se estabelecer efetiva igualdade de oportunidades e tratamento para os trabalhadores de ambos os sexos, devem ser tomadas

todas as medidas, compatíveis com as condições e possibilidades nacionais, para permitir que os trabalhadores com responsabilidades familiares exerçam seu direito à livre escolha de emprego, e, igualmente, ter em conta as suas necessidades em matéria de condições de emprego e de segurança social. Ademais, considerando o art. 7º, há que se tomar medidas compatíveis com as condições e possibilidades nacionais, inclusive medidas no campo da orientação e formação profissional, para permitir que os trabalhadores com responsabilidades familiares se integrem à força de trabalho, continuem a fazer parte dela e retomem o emprego após uma ausência devido a essas responsabilidades. Portanto, as responsabilidades familiares não podem, enquanto tais, constituir motivo válido para a extinção da relação de trabalho, conforme o art. 8º.

Com o objetivo de complementar a sua proposta legislativa, um conjunto de medidas de política é fomentado pela União Europeia, conforme a DIRETIVA (UE) 2019/1158¹¹² para apoiar os Estados-Membros na prossecução dos objetivos comuns. O que se busca é garantir a proteção contra discriminação e demissão de pais (incluindo mulheres grávidas e trabalhadores que voltam de licença) e cuidadores, incentivar o uso equilibrado de gênero de licenças relacionadas à família e acordos de trabalho flexíveis, uma utilização melhor dos fundos europeus para melhorar a prestação de serviços de cuidados formais (acolhimento de crianças, cuidados extraescolares e cuidados de longa duração), e eliminar os desincentivos económicos para as segundas fontes de rendimento que impedem as mulheres de aceder ao mercado de trabalho ou de trabalhar a tempo integral. Espera-se com esta iniciativa beneficiar indivíduos, empresas e a sociedade em geral.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a OIT, as profissionais de saúde grávidas e lactantes requerem proteção efetiva da maternidade, incluindo proteção contra rescisão do contrato de trabalho ou perda de rendimentos durante a licença maternidade, bem como acesso a cuidados e serviços de saúde materna de qualidade. Para os gestores das unidades de saúde e federações hospitalares, a implementação de medidas de saúde ocupacional contribui para o cumprimento do dever de cuidado do empregador, cumprimento regulamentar das normas de saúde e segurança no trabalho, redução do absentismo, aumento da produtividade laboral, moral e retenção dos trabalhadores de saúde^{6,110,142}.

Cabe ressaltar, quanto ao trabalho no setor de saúde, a iniciativa do *Stanford/Kaiser Emergency Medicine Residency Program* em elaborar e instituir a política de retorno ao trabalho pós-parto. Esta política compreende as diretrizes relacionadas ao agendamento clínico de retorno ao trabalho para facilitar a transição suave de volta às funções clínicas, à lista de verificação para pais expectantes (que planejam se tornarem pais, inclusive por

adoção), à amamentação e cuidados infantis, à política de licença parental e recursos. O objetivo da política é respeitar os residentes que são pais (ambos os sexos) de maneira profundamente pessoal, promovendo assim bem-estar, engajamento, aprendizado e retenção no trabalho. Ela destina-se a reconhecer as circunstâncias únicas da medicina de emergência e complementar a lei sobre os benefícios parentais existentes⁸⁹.

Quanto à legislação de proteção ao emprego (LPE), relacionada à maternidade e ao bem-estar subjetivo das mães que trabalham, estudo europeu observou uma associação negativa significativa entre o bem-estar subjetivo de mulheres de 17 a 54 anos e a rigidez das normas de proteção do trabalho³⁶. Essa associação é intrigante uma vez que, geralmente, pressupõe-se que o bem-estar subjetivo^{34,169,170}, de ambos os sexos, esteja associado a condições de trabalho saudáveis e dignas, resguardadas por LPE mais rígida. Portanto, cabem estudos futuros sobre as relações entre maternidade e trabalho que contemplem países com diferentes LPE³⁶.

Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho (mães e grávidas) – o caso do Brasil

A estabilidade da gestante está prevista no art. 10, inciso II, alínea b, do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal (CF) de 1988¹⁰⁴, que dispõe sobre a proibição de dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. Se a norma for descumprida, a empregada terá direito à reintegração no emprego ou a receber os salários do período da estabilidade. A garantia de permanência no emprego tem sua previsão tanto na CF como na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu art. 203^{104,105}.

Casar ou engravidar não deve configurar motivo para rescisão contratual ou restrições ao direito da mulher ao emprego, conforme o art. 391 da CLT. Algumas práticas são proibidas pelo art. 373-A da CLT, como a exigência de atestado de gravidez ou de atestado de esterilização para fins de contratação, bem como qualquer prática discriminatória que se utilize deste argumento para não contratar, não promover, dispensar do trabalho, remunerar e oferecer oportunidades de ascensão profissional de forma diferenciada, ou impedir o acesso para inscrição ou aprovação em concursos. Ademais, o art. 394 da CLT determina que, nos casos em que o trabalho é prejudicial à gestação, a mulher pode pedir a rescisão do contrato de trabalho, ficando dispensada do aviso prévio¹⁰⁵.

A CF, em seu art. 203, determina que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivo

proteger e amparar a família, maternidade e infância, além de promover a integração ao mercado de trabalho, habilitando e reabilitando pessoas portadoras de deficiências¹⁰⁴.

No que diz respeito às gestantes e lactantes dos serviços de saúde, a partir de considerações feitas por Pustiglione (2017)⁸³, sobre os agentes de risco ocupacional (ARO) para trabalhadoras gestantes e lactantes e seus impactos no conceito e no lactente, há que se considerar e aplicar, para além das normas já citadas, outras que tratam da insalubridade, buscando a proteção tanto da saúde da gestante e criança quanto do seu trabalho. A Lei nº 13.287¹⁵², de 11 de maio de 2016, proíbe qualquer atividade insalubre durante a gestação e lactação, pela força do acréscimo à CLT do artigo 394-A: “A empregada gestante ou lactante será afastada, enquanto durar a gestação e a lactação, de quaisquer atividades, operações ou locais insalubres, devendo exercer suas atividades em local salubre”. É garantida à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos, segundo o art. 392, §4º da CLT, a transferência de função, quando as condições de saúde o exigirem, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho¹⁰⁵.

A Norma Regulamentadora nº 32 (NR32)¹⁷¹ de segurança e saúde no trabalho é muito importante para o setor de saúde, uma vez que traz orientações quanto aos riscos e medidas a serem adotadas para a proteção de gestantes e nutrízes que trabalham nos vários ambientes da assistência à saúde, inclusive os hospitalares. De acordo com o item 32.3.9.3.4, o trabalho da gestante, em áreas com possibilidade de exposição a gases ou vapores anestésicos, só permitido após autorização por escrito do médico responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), considerando as informações contidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Com relação aos quimioterápicos antineoplásicos, o item 32.3.9.4.6, alínea “b”, determina que as trabalhadoras gestantes e nutrízes devem ser afastadas das atividades. Da mesma forma, a trabalhadora com gravidez confirmada e em atividades com radiações ionizantes deve ser afastada, sendo remanejada para atividade compatível com seu nível de formação, conforme o item 32.4.4^{83,171}.

3.1.6. Aleitamento materno no trabalho e creche (e cuidados com a criança)

Como parte integrante do conjunto de medidas de proteção à maternidade, o apoio e o fomento à amamentação contribui para a saúde da mãe e da criança, sendo essencial em situações e lugares onde, por exemplo, a água imprópria pode representar risco à saúde do bebê³⁴. A amamentação envolve vários aspectos que precisam ser cobertos pelas legislações, normas e orientações, como o direito em si e sua duração, a possibilidade de pausas para amamentar em local adequado, inclusive para a ordenha e estoque apropriado^{94,170}. Ainda há que se cogitar a redução da jornada diária da trabalhadora e a necessidade de creche no local

de trabalho. Neste sentido, as normas internacionais do trabalho (OIT) e os tratados internacionais das Nações Unidas são um ponto de partida para os países pois estabelecem direitos e orientações que auxiliam as mães sobre a continuidade da amamentação, quando do retorno à atividade profissional^{34,94,109,133,134,172}.

A duração do direito a pausas de amamentação consta do art. 10 da Convenção nº 183 da OIT. A mulher tem direito a uma ou mais pausas diárias ou a uma redução diária do horário de trabalho para amamentar o filho, sendo contabilizadas como tempo de trabalho e devidamente remuneradas. É preciso que a legislação e práticas nacionais regulem sobre o período de permissão e duração das pausas para o cuidado (*nursing*) e sobre os procedimentos para a redução das horas diárias de trabalho, com a mesma finalidade¹⁰⁸.

A Recomendação nº 191, Parágrafo 7, orienta que a frequência e a duração das pausas para cuidados com a criança sejam adaptadas às necessidades específicas, mediante a apresentação de um atestado médico ou outro atestado apropriado, conforme determinado pela lei e prática nacional. No Parágrafo 8, ela indica que a redução diária de trabalho deve acontecer sempre que possível e de comum acordo entre empregador e trabalhadora, com a possibilidade de se usar o tempo alocado, para os intervalos diários de cuidados com a criança, na redução da jornada de trabalho no início ou no final do dia¹⁴⁷.

Quanto ao local para amamentação e creche, deve-se levar em consideração as necessidades dos trabalhadores com responsabilidades familiares no planejamento comunitário, e desenvolver ou promover serviços comunitários, públicos ou privados, como creche e serviços e instalações de apoio à família. Contudo, essas medidas precisam ser compatíveis com as condições e possibilidades nacionais, conforme o art. 5º da Convenção nº 156 da OIT³³. A Recomendação nº 191, em seu parágrafo 9, ainda orienta que as instalações para cuidados com a criança, no local de trabalho ou próximo a ele, devem ter condições adequadas de higiene¹⁴⁷.

As intervenções no local de trabalho, somadas ao suporte social e à popularização do conhecimento científico sobre amamentação, podem reduzir o risco de desmame prematuro entre as mulheres profissionais¹⁷³ e contribuir para o início e duração da amamentação¹⁷⁴. Por outro lado, fatores relacionados ao trabalho das mães como o retorno ao trabalho até 3 meses após o parto, a ausência de pausas para a amamentação¹⁷⁵ e o trabalhar em casa (empresa autônoma ou familiar) contribuem para um menor tempo de amamentação¹⁷⁶. Ademais, há que se considerar, com foco na redução das desigualdades, os diferentes grupos socioeconômicos de mulheres trabalhadoras, inclusive as que não trabalham, na implementação de medidas relativas à amamentação⁹³.

A licença-maternidade paga, geralmente vinculada a lei federal, pode contribuir para se atingir as taxas de amamentação exclusiva (AME) em níveis desejados^{163,177}, em conjunto com medidas facilitadoras nos locais de trabalho, como acomodações para amamentação, local para retirada e armazenamento de leite materno, pausas para amamentação etc.^{174,178,179}. Em Brunei, a prevalência da AME aumentou após a extensão da licença-maternidade remunerada, com maiores aumentos entre as mães ocupadas¹⁸⁰.

A seguir, tem-se alguns exemplos de iniciativas para a promoção da amamentação sob a forma de legislação, normas ou políticas. A legislação uruguaia de redução de carga horária para servidoras públicas é uma alternativa à licença parental para essas mães, que não são elegíveis para o Subsídio Parental para Cuidados. Essa possibilidade, entretanto, se restringe às mães, já que é voltada para oferecer condições para a amamentação e não inclui os homens¹⁰⁰.

No Brasil, o art. 396 da CLT confere à mulher dois descansos especiais, de meia hora cada um, para amamentar o filho, até que ele complete seis meses de vida. Há, ainda, a possibilidade de dilatação desse prazo de seis meses, caso a saúde do filho exigir, a critério da autoridade competente. Inclusive, mesmo em caso de adoção, a mulher, como lactante, terá os mesmos direitos dos intervalos que devem ser determinados em acordo direto entre a trabalhadora e a empresa^{83,105}. Já a licença para levar o filho ao médico encontra-se garantida pelo art. 473, XI da CLT¹⁰⁵.

Quanto ao local de amamentação e creche, a legislação brasileira, no art. 389, § 1º da CLT, determina que as empresas que tiverem pelo menos 30 mulheres empregadas, com mais de 16 anos de idade, deverão possuir um local adequado (creche) para que elas possam deixar seus filhos durante o período de amamentação. Contudo, de acordo com o § 2º, este local poderá ser substituído pelo pagamento em dinheiro de auxílio-creche, se previsto em instrumento coletivo, ou mesmo por meio de creches distritais mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas, pelas próprias empresas em regime comunitário, ou a cargo do Serviço Social da Indústria (SESI), do SESC, da Legião Brasileira de Assistência (LBA) ou de entidades sindicais¹⁰⁵.

Já a Lei de Promoção da Amamentação Expandida das Filipinas de 2009 (RA 10028) obriga todas as unidades, estabelecimentos e instituições de saúde e não-saúde a instalar uma estação de lactação e possibilitar pausas para a lactação a todas as funcionárias de enfermagem, além de seus intervalos regulares. O estudo ao verificar a associação entre a utilização da estação de lactação e as pausas da lactação com a duração da amamentação, concluiu que o uso da estação de lactação foi positivamente associado a maior duração da amamentação⁹³.

Por fim, a política de retorno ao trabalho pós-parto do *Stanford/Kaiser Emergency Medicine Residency Program* como forma de complementar a lei sobre os benefícios parentais existentes, e cujas diretrizes incluem, dentre outras coisas concernentes ao equilíbrio entre trabalho e família, a amamentação e os cuidados infantis⁸⁹.

3.1.7. Benefícios

A Convenção de Proteção à Maternidade nº 183 (2000) e sua Recomendação acompanhante (nº. 191), que são as normas mais atualizadas da OIT sobre proteção da maternidade, estabelecem como devem ser a cobertura populacional, a proteção à saúde, a licença maternidade, a licença em caso de doença ou complicações, e benefícios monetários, dentre outros^{107,108,147}. De acordo com o art. 5 da Convenção nº183, mediante apresentação de atestado médico, a Licença Médica (LM) será concedida antes ou depois do período de licença maternidade em caso de doença, complicações ou risco de complicações decorrentes da gravidez ou do parto. A natureza e a duração máxima dessa licença podem ser especificadas de acordo com a legislação e prática nacionais¹⁰⁸.

Os padrões mínimos para a cobertura populacional de esquemas de proteção à maternidade e para o fornecimento de benefícios pecuniários durante a licença maternidade, inclusive para abordar a suspensão de rendimentos durante esse período constam da Convenção nº 102 da OIT (Parte VIII)¹⁸¹. Os cuidados médicos devem ser prestados gratuitamente em todas as fases da maternidade para manter, restabelecer ou melhorar a saúde das mulheres protegidas e sua capacidade para o trabalho e para atender às suas necessidades pessoais. É importante destacar que os cuidados de saúde materna devem estar disponíveis também para as esposas dos homens cobertos por algum esquema de proteção à maternidade, sem nenhum custo para ambos^{107,181}.

A Recomendação sobre Pisos de Proteção Social da OIT (nº 202)¹⁸² prevê que tais benefícios sejam concedidos como parte das garantias básicas de seguridade social que compõem os pisos de proteção social. Estes incluem o acesso a cuidados de saúde essenciais, inclusive cuidados de maternidade, compreendendo um conjunto de bens e serviços necessários, e segurança de rendimento básico para pessoas em idade ativa que não conseguem obter rendimentos suficientes devido, nomeadamente, à maternidade^{107,182}. As prestações pecuniárias devem ser de um nível que assegure que a mulher possa manter-se a si própria e ao filho em boas condições de saúde e com um nível de vida adequado¹⁰⁸.

Visando a proteção da situação das mulheres no mercado de trabalho, as normas de proteção à maternidade da OIT, quanto ao financiamento de prestações pecuniárias de maternidade, exigem que estas sejam fornecidas por meio de esquemas baseados na

solidariedade e na partilha de riscos, como o seguro social obrigatório ou fundos públicos. Quando os empregadores têm de arcar com o custo direto total dos benefícios de proteção à maternidade, isso pode criar desincentivos à contratação, retenção e promoção de mulheres trabalhadoras¹⁰⁷.

As políticas de assistência à família, expressas nas formas de licença maternidade, licença-creche, abono-família etc., necessitam desde a sua concepção de um profundo debate, com a participação de diferentes grupos sociais, políticos e econômicos^{166,183}. A intersecção de diferentes lógicas que prevalecem em várias instituições, como família, estado e profissão, deve ser considerada¹³⁸. Além disso, incluir a abordagem histórica para a compreensão mais abrangente e holística do desenvolvimento e implementação de uma legislação de proteção à maternidade, a exemplo da licença familiar ou parental remunerada na Nova Zelândia¹⁶⁶.

A introdução de políticas de assistência à família que trazem mudanças nos direitos das mulheres, com relação à produção e reprodução, requer que os movimentos sociais e sindicatos assumam essa causa com total força e compromisso. Há que se ter um conjunto de políticas que operem sinergicamente, como negociação coletiva, salários-mínimos, proteção social e acesso à educação e saúde^{27,35,165,166,184}. Quanto mais fortes e universais forem os sistemas de proteção social, maior a probabilidade de se ter instituições de mercado de trabalho mais fortes ou desenvolvidas e, assim, maior proteção da maternidade¹⁸⁴.

A implementação de legislação que proteja a maternidade está sujeita a mecanismos que podem dificultar ou facilitar a aplicação nos níveis do indivíduo, do ambiente físico e social, e do contexto macrossocial. Por exemplo, efeitos adversos inesperados, como degradação nas relações de trabalho ou discriminação, podem impedir a implementação de medidas de proteção à maternidade¹⁶⁵⁻¹⁶⁷, mas a grande barreira para a eficácia das medidas parece ser o atraso entre sua concepção e implementação.

3.1.7.1. Licenças médica e preventiva

Em muitos países, a licença preventiva ou licença médica é favorecida em detrimento das adaptações no local de trabalho ou da transferência da trabalhadora para outros setores^{24,25,165}, evidenciando a ineficiente implementação da legislação de proteção à maternidade ou mesmo sua inexistência¹⁶⁷.

Segundo o estudo de Villar et al., o uso da licença médica ou benefício por auxílio-doença, em uma coorte espanhola de trabalhadoras da saúde, está relacionado aos baixos níveis de exposição a riscos ocupacionais e, principalmente, às intercorrências comuns à gravidez e aos distúrbios musculoesqueléticos. As profissionais de enfermagem

apresentaram maior probabilidade de uso do benefício por risco ocupacional, associado aos riscos mais altos e a riscos de segurança e ergonômicos. Portanto, concluíram que esses benefícios sociais parecem ser usados de forma complementar para equilibrar trabalho e saúde⁸⁷.

A partir de estudo multinacional, pôde-se afirmar a importância das políticas de licenças médicas tendo em vista que mais da metade da população estudada tirou licença durante a gravidez, e que mulheres de países com políticas "baixas" de licenças médicas eram menos propensas a extensões de licenças em comparação com mulheres de países com políticas "médias"²³. As licenças médica e familiar (parental) remuneradas impedem que as famílias fiquem abaixo do nível da pobreza, e a licença familiar também permite dar às crianças um início de vida saudável e segurança econômica a suas famílias^{138,170,183}.

No Brasil, quando necessário, o médico poderá ampliar o número de consultas e exames, concedendo à gestante trabalhadora o benefício por auxílio-doença ou licença médica. Nesse caso, os primeiros 15 dias de afastamento serão por conta do empregador, depois desse período, as despesas ficam a cargo do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que pagará à gestante o auxílio-doença. O art. 395 da CLT trata especificamente do aborto e diz que nos casos em que o aborto não é criminoso, comprovado por atestado médico, a mulher tem direito a um repouso remunerado de duas semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento¹⁰⁵.

Em estudo sobre o equilíbrio entre trabalho e gravidez com foco na resistência de enfermeiras ao sexismo em hospitais de Quebec, Gravel et al. apontaram o uso da licença cautelar ou preventiva, quando o empregador não consegue eliminar os perigos ou riscos indicados no atestado apresentado pela trabalhadora grávida. Contudo, o uso deste benefício diminui pela possibilidade de readaptação ou redesignação para outras tarefas. Se a redistribuição solicitada não for feita imediatamente, a trabalhadora grávida pode parar de trabalhar até que seja redistribuída ou até a data do parto. A existência da licença preventiva e seu lugar na legislação de Segurança e Saúde Ocupacionais (SSO) permitem às enfermeiras grávidas permanecerem ativas, manterem sua independência econômica e protegerem sua saúde, com a adaptação de suas atribuições de trabalho ao estado de gravidez^{35,161}.

Outro exemplo de uso do benefício de risco durante a gravidez, semelhante à licença cautelar ou preventiva, é o que ocorre com trabalhadoras da saúde do *Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*. Observou-se que a diferença entre as trabalhadoras que realizam plantão sobreaviso versus plantão presencial foi em média de 28 dias, com leve associação ($p=0,052$) entre o tipo de plantão e os dias de suspensão do contrato de trabalho por risco durante a gravidez⁷⁶.

3.1.7.2. Licença maternidade

A licença maternidade teve a sua duração, prevista na Convenção nº 103¹⁰⁹, alterada pela Convenção nº 183 da OIT. O art. 4 determina que, com a apresentação de um atestado médico ou outro atestado apropriado, conforme determinado pela legislação e práticas nacionais, indicando a data presumida do parto, uma mulher a quem esta Convenção se aplica terá direito a um período de licença maternidade não inferior a 14 semanas. Tendo em devida conta a proteção da saúde da mãe e da criança, a licença de maternidade incluirá um período de licença obrigatória de seis semanas após o parto, salvo acordo em contrário a nível nacional pelo governo e pelas organizações representativas da empregadores e trabalhadores. A parte pré-natal da licença de maternidade será prorrogada por qualquer período decorrido entre a data presumida do parto e a data efetiva do parto, sem redução de qualquer parte obrigatória da licença pós-natal¹⁰⁸.

Estudos comprovam que não há mudança na mortalidade infantil quando a licença-maternidade ou familiar não é remunerada, mas que há decréscimo significativo quando é remunerada¹⁸⁵⁻¹⁸⁷. Aumentar a cobertura da licença-maternidade, contribui para a redução da mortalidade infantil prematura associada e perdas cognitivas³⁷. Ademais, outro estudo mostrou não haver efeitos prejudiciais em termos de resultados no mercado de trabalho, a médio prazo, de mães expostas a regimes generosos de licença-maternidade e que demoraram mais tempo para retornar ao trabalho¹⁸⁸.

O projeto e a implementação de política de licença a maternidade, enquanto medida de proteção, podem sofrer a influência de lógicas que prevalecem em instituições como família, estado, profissão e mercado de trabalho^{167,189}. Um exemplo disso pode ser a diferença no acesso geral às políticas de maternidade entre trabalhadoras em grandes hospitais públicos e aquelas inseridas no setor privado, que enfrentam a falta de seguridade social, as estratégias corporativas para escapar do benefício maternidade e a falta de opções para estender a licença¹³⁸.

As políticas de licença maternidade do Chile, Brasil e Uruguai atendem à recomendação da OIT de um mínimo de 14 semanas de licença maternidade, sendo pelo menos seis dessas semanas após o nascimento da criança. Ainda, conforme a Recomendação nº 191¹⁴⁷, a licença chilena e a brasileira, que é garantida para servidoras públicas ou trabalhadoras de empresas ligadas ao Programa Empresa Cidadã, atendem as 18 semanas de licença. Nos três países, as trabalhadoras recebem sua remuneração integral durante todo o período da licença, que é financiada inteiramente pelo Estado. No Brasil, o pagamento é feito pelo próprio empregador (vínculo de emprego CLT), que será reembolsado pela

Previdência Social por meio de deduções nas contribuições previdenciárias ou após solicitar o ressarcimento na Receita Federal, e nos demais casos, a quitação do benefício é feita diretamente pelo INSS.

No Brasil, a licença maternidade para as trabalhadoras regidas pela CLT é de 120 dias, sem prejuízo do salário, art. 392 da CLT¹⁰⁵. Contudo, a duração da licença maternidade no Brasil foi estendida para 23 semanas ($\pm$ 160 dias) para algumas categorias específicas de trabalhadoras. Quanto às mães adotantes, elas podem usufruir apenas do período pós-parto das licenças no Chile e Uruguai, enquanto no Brasil elas têm direito ao mesmo período que as mães biológicas, já que a licença brasileira deve ser usufruída inteiramente após o nascimento da criança, salvo em casos especiais¹⁰⁰.

Na União Europeia, conforme a Diretiva 92/85/EEC, os Estados-membros tomarão as medidas necessárias para que as trabalhadoras se beneficiem de uma licença maternidade de, pelo menos, 14 semanas consecutivas, a gozar antes e/ou depois do parto em conformidade com as legislações e práticas nacionais¹¹¹.

3.1.7.3. Licença de paternidade

Com intuito de modernizar o atual quadro jurídico da União Europeia, no domínio das licenças relacionadas à família e regimes de trabalho flexíveis, medidas legais foram adotadas por meio da Diretiva (UE) 2019/1158. A proposta da diretiva relativa à conciliação entre a vida profissional e familiar dos pais e encarregados pela educação inclui a introdução da licença de paternidade⁷, a ser usufruída por aquela pessoa que exerce o papel de pai. Os pais e segundos pais equivalentes poderão gozar de pelo menos 10 dias úteis de licença de paternidade, na altura do nascimento da criança, compensados quando menos ao nível do subsídio de doença¹¹².

No Brasil, a licença paternidade pode ter duração de 5 a 20 dias corridos, dependendo da categoria de trabalhadores. Os trabalhadores da iniciativa privada têm períodos de licença mais longos (10 ou 13 dias) no Uruguai, seguido pelo Chile (5 dias úteis) e Brasil (5 dias corridos). Há significativa variação de formas de financiamento da licença paternidade entre os 3 países. No Brasil, ela é inteiramente financiada pelo empregador, mas se for de 20 dias (Programa Empresa Cidadã), os 15 dias extras podem ser deduzidos do imposto de renda da organização. No Chile, a responsabilidade é 100% estatal, e no Uruguai o sistema é misto

⁷ Licença de paternidade é a “dispensa de trabalho remunerada para os pais, ou para um segundo progenitor equivalente, se e na medida em que for reconhecido pela legislação nacional, por ocasião do nascimento de um filho, com a finalidade de prestar cuidados”, segundo a Diretiva (UE) 2019/1158.

para trabalhadores dependentes do setor privado. Pais adotantes possuem os mesmos direitos dos pais biológicos nos três países¹⁰⁰.

O estudo de Duffy *et al.*¹⁸⁴ corrobora outros estudos sobre a licença parental com foco no pai^{137,166,180,190}, ao apontar o impacto negativo que as culturas de trabalho, com normas sociais relacionando a licença-paternidade à improdutividade, falta de compromisso e masculinidade reduzida, podem ter sobre o usufruto deste tipo de licença. São vários os benefícios dessa licença para o próprio pai e a família: sensação de bem-estar e saúde mental dos homens, estabilidade conjugal, reforça a masculinidade cuidadora, satisfação das mães com o equilíbrio trabalho-família, além dos benefícios para a criança^{3,136,184,191}.

3.1.7.4. Licença parental

A exemplo da licença parental⁸, dentre as medidas legais adotadas pela União Europeia, por meio da Diretiva (EU) 2019/1158, tem-se o reforço do direito existente a 4 meses de licença parental, tornando 2 dos 4 meses intransmissíveis de um progenitor para outro (mãe ou pai), e compensados a um nível a ser definido pelos Estados-Membros. Os pais também terão o direito de solicitar a licença de forma flexível, por exemplo, por meio período ou de forma parcelada¹¹².

Diferentemente do Uruguai e Chile, o Brasil não possui licença parental. No Chile, a licença parental confere maior flexibilidade aos pais (período integral ou meio período) do que a do Uruguai, contudo, a mãe tem que autorizar o uso de uma parte da licença pelo pai, o que limita o direito dos pais trabalhadores. A remuneração permanece integral durante todo o período da licença nos dois países. O financiamento da licença de período integral chilena é totalmente feito pelo Estado, mas, no caso de meio período, o empregador é responsável pela outra metade do salário. A licença parental uruguaia é restrita a trabalhadores e trabalhadoras da iniciativa privada, já a chilena é mais abrangente¹⁰⁰.

A falta de políticas consistentes de proteção à maternidade, como a licença parental remunerada, pode penalizar financeiramente as famílias, diminuir as oportunidades de carreira e a produtividade, e dificultar a amamentação^{170,184}.

3.1.8. Boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar

As iniciativas levantadas por essa revisão contemplam medidas relacionadas à proteção da maternidade e do trabalho, à conciliação entre trabalho, maternidade e família,

⁸ Licença parental é a “dispensa de trabalho dos progenitores por motivos de nascimento ou adoção de um filho, a fim de cuidar dessa criança, segundo a Diretiva (UE) 2019/1158.

ao aleitamento materno no trabalho e creche, à educação em Segurança e Saúde no Trabalho (SST) e maternidade, e à atuação da equipe de SST, gestores e políticos³⁴. Nem todas as iniciativas são implementação direta de medidas protetivas ou preventivas, contudo, são essenciais para a formulação de práticas que protegem ambos, maternidade e trabalho, Tabela 16.

TABELA 16 - Boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar: literatura incluída na revisão de escopo por autores e ano, método/prática e áreas de intervenções

Autores, ano	Método/prática	Áreas de Intervenção
Rainbow <i>et al.</i> , 2021 ⁸⁰	Hierarquia de Controles de Segurança e Saúde (<i>Hierarchy of Controls for Safety and Health</i>). Abordagem qualitativa e descritiva. Roteiro de entrevista semiestruturado. Guia de entrevista sobre riscos ocupacionais durante a gravidez para enfermeiras. Descrever as experiências (ambiente de trabalho e riscos relacionados ao trabalho) de enfermeiras registradas sobre trabalhar durante a gravidez e retornar ao trabalho após o parto.	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho Educação em SST e maternidade Atuação da equipe de SST, gestores e políticos
Abderhalden-Zellweger <i>et al.</i> , 2021 ⁸¹	Dois modelos para visualizar a segurança ocupacional e os regulamentos que a regem. Um com abordagem normativa da segurança, segundo a qual seguir as regras é a forma mais segura de realizar o trabalho. O outro envolve um conceito mais cognitivo de segurança: “As pessoas no trabalho devem interpretar os procedimentos relativos a um conjunto de ações e circunstâncias que os próprios procedimentos nunca podem especificar totalmente”.	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho Conciliação entre trabalho, maternidade e família Educação em SST e maternidade Atuação da equipe de SST, gestores e políticos
Villar <i>et al.</i> , 2019 ²⁵	Coorte retrospectiva para avaliar a relação entre a exposição a fatores de risco ocupacionais durante a gravidez e o afastamento do trabalho por meio de dois benefícios sociais: auxílio-doença e Risco por Exposição Ocupacional na gravidez	Conciliação entre trabalho, maternidade e família Atuação da equipe de SST, gestores e políticos
Abderhalden-Zellweger <i>et al.</i> , 2021 ⁸⁸	Estudo de caso cruzado (<i>cross-case study</i>). Ao examinar a experiência das trabalhadoras grávidas com as medidas de proteção à maternidade, em três instituições de saúde suíças, buscou-se identificar os elementos que contribuíram para a produção de um clima de segurança que as fizesse sentir protegidas e capazes de continuar seu trabalho sem discriminação ou perigo para sua saúde ou a de seu nascituro.	Atuação da equipe de SST, gestores e políticos
Gordon <i>et al.</i> , 2019 ⁸⁹	Elaboração da Política de Retorno ao Trabalho para novos pais residentes em medicina de emergência, por meio de força-tarefa e estudo piloto de implantação. Após o desenvolvimento, a política foi testada de novembro de 2017 a junho de 2018. O período piloto de implementação incluiu sete novos pais residentes.	Conciliação entre trabalho, maternidade e família Atuação da equipe de SST, gestores e políticos

Autores, ano	Método/prática	Áreas de Intervenção
Nowak <i>et al.</i> , 2013 ⁹⁰	Programa de pesquisa com inquérito (<i>survey</i>) e revisão da literatura, com o objetivo de explorar como as responsabilidades pelos cuidados com os filhos são gerenciadas, como parte das decisões familiares tomadas, em relação ao retorno ao trabalho após um período de licença maternidade.	Conciliação entre trabalho, maternidade e família
AlSedra e AlQurashi; 2022 ⁹¹	Estudo fenomenológico de desenho qualitativo, com entrevista semiestruturada, para explorar os fatores que influenciam a amamentação entre mães que trabalham em um hospital terciário.	Conciliação entre trabalho, maternidade e família Aleitamento materno no trabalho e creche
Yu E, 2020 ⁹²	Estudo de revisão da literatura sobre a exposição ocupacional de profissionais de saúde a drogas antineoplásicas e refletir a situação atual em Hong Kong.	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho Atuação da equipe de SST, gestores e políticos
Reddy <i>et al.</i> , 2020 ^{92,95}	Estudo de revisão sobre exantemas infecciosos, sua transmissibilidade para mulheres grávidas, a probabilidade de transmissão vertical e as consequências potenciais da infecção para a mãe e o feto.	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho
Dugheri <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁶	Uma nova abordagem para avaliar a exposição ocupacional a drogas antineoplásicas (DA) em ambientes hospitalares. Foi criado, otimizado e validado um protocolo de monitoramento inovador para avaliar simultaneamente 21 DA no ambiente de saúde.	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho
Dugheri <i>et al.</i> , 2020 ⁹⁷	Estudo de avaliação de intervenção (retrospectivo). Monitoramento automático e contínuo de <i>airborne formaldehyde</i> aerotransportado.	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho
Quinot <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁸	Estudo experimental e aplicação de questionários. Estudo piloto sobre o desenvolvimento de um método de avaliação de exposição baseado em um aplicativo de smartphone e códigos de barras, para melhorar a avaliação da exposição ocupacional entre trabalhadores de hospitais/limpeza.	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho
d'Ettorre e Pellicani, 2020 ⁹⁹	Programa de promoção da saúde no local de trabalho (WHP) desenvolvido em um grande hospital, envolvendo medidas orientadas tanto para o indivíduo quanto para a organização, com o objetivo de prevenir a ocorrência de transtorno de trabalho por turnos (<i>shift work disorder</i>) em enfermeiras trabalhando em turnos, incluindo turno noturno. Com o uso do <i>Rotating Shiftwork Questionnaire</i> e da <i>Epworth Sleepiness Scale</i> .	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho
WHO e ILO, 2022 ¹¹⁰	Guia para o desenvolvimento e implementação de programas de saúde e segurança ocupacional para trabalhadores da saúde.	Medidas de proteção relacionadas à maternidade e ao trabalho Atuação da equipe de SST, gestores e políticos

Autores, ano	Método/prática	Áreas de Intervenção
NIOSH, 2023 ¹¹³	Página da NIOSH sobre tópicos de saúde e segurança no local de trabalho. Aleitamento materno, trabalho e saúde reprodutiva.	Educação em SST e maternidade
NIOSH, 2019 ¹¹⁴	Página da NIOSH sobre tópicos de saúde e segurança no local de trabalho. Radiação ionizante e saúde reprodutiva.	Educação em SST e maternidade
NIOSH, 2019 ¹¹⁵	Página da NIOSH sobre tópicos de saúde e segurança no local de trabalho. Gases anestésicos e saúde reprodutiva.	Educação em SST e maternidade
NIOSH, 2019 ¹¹⁶	Página da NIOSH sobre tópicos de saúde e segurança no local de trabalho. Agentes infecciosos e saúde reprodutiva.	Educação em SST e maternidade
NIOSH, 2022 ¹¹⁷	Página da NIOSH sobre tópicos de saúde e segurança no local de trabalho. Exigências físicas do trabalho e saúde reprodutiva.	Educação em SST e maternidade
NIOSH, 2019 ¹¹⁸	Página da NIOSH sobre tópicos de saúde e segurança no local de trabalho. Horário de trabalho e saúde reprodutiva.	Educação em SST e maternidade
NIOSH, 2022 ¹¹⁹	Página da NIOSH sobre tópicos de saúde e segurança no local de trabalho. Drogas antineoplásicas (quimioterapia) e saúde reprodutiva.	Educação em SST e maternidade

Notas: SST – Segurança e Saúde no Trabalho

3.1.8.1. Medidas relacionadas à proteção da maternidade e do trabalho

A proteção dos ambientes de trabalho e da saúde dos trabalhadores demanda ações de vigilância em saúde ocupacional, cujo propósito maior é a prevenção. Ela tem que ser seguida de ações preventivas e da avaliação da efetividade da intervenção. A vigilância permite a formulação de políticas institucionais que conduzirão um programa de ação, com o objetivo de se fazer mudanças, estabelecer prioridades e avaliar tendências¹⁹².

A vigilância se divide em 2 grandes grupos que se complementam e que são muito importantes no âmbito da Saúde Ocupacional: vigilância dos riscos/perigos e vigilância da saúde. O primeiro tem como foco os riscos no ambiente de trabalho com o fim de implementar ações de prevenção primária, oportunidade para evitar e fazer “controle ativo” da ocorrência de eventos negativos na saúde. O segundo foca a saúde de um indivíduo de um grupo de trabalhadores e corresponde ao tempo oportuno para controle do dano ou reabilitação, ou seja, às medidas preventivas secundárias e terciárias¹⁹³, Figura 9.

Uma interpretação esquemática das definições de vigilância ocupacional

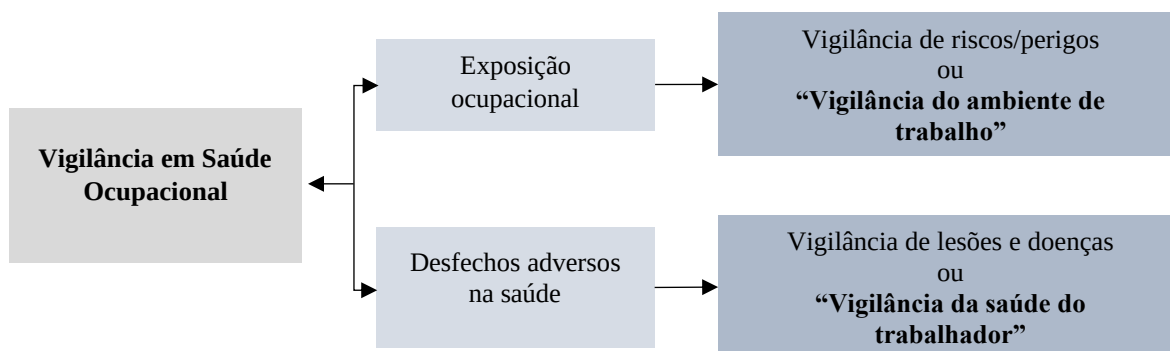


FIGURA 9 - Esquema sobre as definições de Vigilância Ocupacional

Fonte: International Review of Surveillance and Control of Workplace Exposures, NOHSAC Technical Report 5. After Fine and Rantanen et al. Modificado.

Segundo Ove-Hansson e Schenk⁷⁵, a proteção unificada, contrapondo-se à diferenciada, é a única estratégia regulatória eficiente e não discriminatória, com melhor custo-benefício, para proteger a saúde reprodutiva. Ela reduz a exposição de todos os trabalhadores (homens, mulheres grávidas ou em idade fértil) a um nível que é suficientemente baixo para também proteger um feto futuro ou em desenvolvimento.

Por outro lado, estudos demonstram que a falta de rotina na vigilância específica de exposição a certos riscos impede a compreensão precisa tanto da causa da perda fetal quanto dos riscos apresentados pela exposição ocupacional, como no caso dos estudos realizados sobre infecção por Parvovírus B19 na gravidez¹⁹⁴ e outras infecções virais por transmissão nosocomial^{78,79}.

Os critérios para a instituição da vigilância da saúde compreendem, pelo menos, 2 situações: quando não for possível reduzir a exposição a um risco ou perigo conhecido e inerente ao processo de trabalho, não havendo alternativas viáveis disponíveis, e quando o nível de exposição ao risco, para a produção de um efeito na saúde, não é bem definido¹⁹³, como no caso dos carcinógenos e sensibilizantes^{15,83,92}. Portanto, como a trabalhadora em idade fértil, grávida ou lactante, que trabalha em ambientes hospitalares, pode estar exposta a vários riscos e perigos ocupacionais cujos impactos negativos na saúde geral, sexual e reprodutiva ainda não são bem conhecidos ou descritos pela literatura científica, há que ter sistemas ou programas de vigilância em saúde ocupacional específicos para esta população ou que a contemple^{15,25,87,89,96,97,99}.

Como simples exemplo, tem-se a possibilidade de inclusão de dados e informações específicas sobre maternidade e trabalho nos sistemas, programas e iniciativas de vigilância

em saúde ocupacional existentes. Só o fato de se ter um novo olhar em relação às trabalhadoras grávidas e de incorporá-las nas ações de vigilância existentes, já seria um avanço, uma inovação.

Primeiramente, dentre os vários resultados de boas práticas dessa revisão, cabe destacar o guia para o desenvolvimento e implementação de programas de saúde e segurança ocupacional para trabalhadores da saúde, *Caring for Those Who Care*, uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT)¹¹⁰. O guia traz orientações e recomendações que visam proteger as profissionais de saúde grávidas e lactantes quanto aos aspectos relacionados à maternidade e ao acesso a cuidados e serviços de saúde materna de qualidade. Quanto à proteção do trabalho, ele orienta contra a rescisão do contrato de trabalho ou perda de rendimentos durante a licença maternidade^{34,108,134,147}.

O guia de entrevista sobre riscos ocupacionais durante a gravidez, *Hierarquia de Controles de Segurança e Saúde (Hierarchy of Controls for Safety and Health)*⁸⁰, permite descrever as experiências de enfermeiras relacionadas ao ambiente de trabalho e aos riscos ocupacionais. Ainda, incentiva os empregadores a identificar os riscos e exposições no local de trabalho, como controlar ou eliminar todos os perigos graves, e a desenvolver e implementar um plano, com acompanhamento.

Este guia permite o levantamento dos riscos de forma dedutiva e indutiva. Dentre os achados dedutivos tem-se, por exemplo: exposição a doenças infecciosas, exames de imagem, tarefas físicas (por exemplo, levantar e realizar reanimação cardiorrespiratória)¹⁹⁵, produtos de limpeza, violência do paciente¹⁹⁶ e administração de medicamentos. Os achados temáticos indutivos contemplam questões percebidas como o suporte necessário para evitar riscos ocupacionais e fazer modificações necessárias; o desejo de ser “super enfermeiras” e colocar o paciente em primeiro lugar, mesmo quando isso significa correr riscos para a sua saúde e a de seu filho; e medo das consequências dos riscos e exposições ocupacionais⁸⁰.

As percepções de gestores e trabalhadoras frente às diferentes formas de manejo da gravidez em ambientes de saúde podem ser avaliadas usando-se uma abordagem normativa do clima de segurança quanto às medidas das empresas seguirem ou não o normativo legal, qual é o ponto de vista dos gestores sobre a utilidade, e a eficácia e limitações de um sistema de proteção da maternidade com base em regulamentos⁸¹. Como a segurança não pode ser garantida exclusivamente pela existência de normas e regulamentos porque requer também as competências dos trabalhadores e demais atores da empresa, a análise das percepções⁴⁰ também deve considerar o conceito mais cognitivo de segurança, para adaptar estas regras a um contexto do mundo real, de forma a torná-las eficazes e eficientes. Em nível mais amplo,

o estudo pode fornecer novas formas de pensar sobre como desenvolver melhores condições de proteção à maternidade no local de trabalho⁸¹.

A exposição ocupacional a agentes químicos, como drogas antineoplásicas (DA), formaldeído aerotransportado e certos produtos de limpeza, deve ser avaliada e medidas de mitigação ou de eliminação dos riscos devem ser implementadas. Caso contrário, a trabalhadora grávida ou lactante deve ser transferida para outro ambiente de trabalho salubre^{15,82,92,108,110,147,154}.

Um protocolo de monitoramento capaz de avaliar simultaneamente 21 drogas antineoplásicas em ambientes hospitalares foi criado, otimizado e validado em estudo de Dugheri et al (2018)⁹⁶. Uma vez que atualmente não há limites de exposição ocupacional para drogas antineoplásicas, foram propostos níveis de exposição de superfície para facilitar a interpretação dos resultados do monitoramento, automatização e padronização do procedimento para diminuir consideravelmente o tempo necessário para preparação e análise de amostras. A sensibilidade dos métodos analíticos, juntamente com automação de dessorção inovadora, tornam este protocolo útil para monitoramento de rotina e a introdução dos níveis de exposição de superfícies (*Surface Exposure Levels* - SEL) fornecerá uma base sólida para melhorar a segurança ocupacional e focar no controle de contaminação⁹⁶.

Estudo de revisão da literatura sobre a exposição ocupacional de profissionais de saúde a drogas antineoplásicas aponta que hospitais e outras instituições de saúde devem garantir que os funcionários estejam equipados com Equipamento de Proteção Individual (EPI) e dispositivos de transferência de sistema fechado apropriados, e que recebam treinamento para o uso adequado, em conformidade com a segurança⁹².

Devido às mudanças nos limites e valores de referência de exposição ao formaldeído aerotransportado e definição de carcinogenicidade, novas estratégias de monitoramento que melhoraram as medições em termos de especificidade, sensibilidade, robustez e redução de custos foram introduzidas por um estudo retrospectivo de avaliação de intervenção (últimos 20 anos)⁹⁷. Os procedimentos analíticos e de amostragem para melhorar a rastreabilidade da amostra, química sustentável e gerenciamento de dados foram totalmente automatizados. Tornou-se possível a imagem completa da exposição no local de trabalho, eliminando ao mesmo tempo o erro humano e reduzindo os custos de pessoal para amostragem.

Outro método inovador para a avaliação da exposição ocupacional a produtos de limpeza entre trabalhadores de hospitais é o baseado em um aplicativo de smartphone e códigos de barras, que é bem eficiente em estudos epidemiológicos⁹⁸. As informações sobre os compostos do produto estão disponíveis para todos os produtos e registradas no banco de

dados. Uma melhoria do aplicativo poderia ser incluir fotos de produtos e incluir automaticamente novos produtos no banco de dados de desinfetantes/produtos de limpeza⁹⁸.

Quanto aos agentes biológicos, devido à transmissibilidade dos exantemas infecciosos para mulheres grávidas, à probabilidade de transmissão vertical e às consequências potenciais da infecção para a mãe e o feto, foram desenvolvidas diretrizes de gestão (*guidelines*) sobre prevenção, contato e precauções respiratórias, e necessidade de tratamento após exposição a dermatoses infecciosas por profissionais da saúde grávidas. As recomendações devem garantir proteção adequada, enquanto limitam práticas dispensáveis ou complicadas que impediriam desnecessariamente as profissionais de saúde grávidas de realizarem tarefas clínicas⁹⁵.

Os riscos inerentes à organização do trabalho ou à ergonomia, conforme evidências científicas, podem impactar a saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras da saúde. Os achados sobre fatores de risco como posturas de trabalho não sentadas, levantamento de peso, trabalho por turnos, número de turnos noturnos, horas trabalhadas e alta tensão no trabalho^{15,25,80,83-87} reforçam a necessidade de programas de modificação de tarefas no ambiente de trabalho.

O Programa de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (WHP)⁹⁹ introduziu o turno rotativo de avanço rápido que é mais protetor que outra programação (turnos rotativos lentos ou intermediários, programação de rotação reversa), períodos de descanso entre turnos consecutivos (> 11 horas) e um dia de descanso após um turno noturno. Os achados da implementação desse programa mostraram a eficácia da programação ergonômica, em conjunto com medidas orientadas para o indivíduo, na minimização do impacto do trabalho por turnos na saúde de enfermeiros e na prevenção do desalinhamento entre o ritmo sonovigília e o trabalho por turnos^{99,197,198}.

Outros programas, para além dos resultados dessa revisão, reforçam a necessidade de medidas orientadas tanto para a trabalhadora quanto para a organização do trabalho. Os programas para trabalhadores com incapacidade parcial e temporária para o trabalho possuem benefícios múltiplos. Embora voltados para profissionais da enfermagem, poderiam ser adaptados e contribuir para a minimização dos riscos a que estão expostas as profissionais de saúde grávidas e diminuir os impactos na saúde, como dores nas costas^{199,200}, distúrbios hipertensivos na gravidez^{16,201} e depressão pós-parto grave²¹; e favorecer a permanência das grávidas no trabalho, evitando prejuízos de ordem financeira e profissional^{160,168,170,184,200}. Entre eles, tem-se o gerenciamento de risco para redução de sintomas musculoesqueléticos em enfermeiros²⁰⁰, o programa *Spine Care for Nurses* com foco na redução da síndrome de dor lombar crônica inespecífica¹⁹⁹, o estudo de taxonomia

das tarefas comuns de profissionais da enfermagem com avaliação da carga física de trabalho e criação de índice de risco¹⁹⁵, a avaliação do trabalho em turno rotativo com uso de questionário¹⁹⁷ e de prevenção de transtornos relacionados ao trabalho em turnos, em enfermeiros¹⁹⁸, além do estudo sobre Sistemas de Gerenciamento de Risco de Fadiga (FRMS) para lidar com a fadiga dos enfermeiros em hospitais²⁰².

Além dos fatores relacionados a atividade, segurança e higiene, os fatores psicossociais foram citados em alguns estudos^{9,15,25,80,85} e, em um deles, como uma das razões para uso do benefício de Risco Ocupacional de Gravidez por trabalhadoras altamente expostas a fatores de risco ocupacionais²⁵. A estrutura teórica multinível do *Psychosocial Safety Climate* (PSC), que enfatiza os componentes psicossociais dos antecedentes de acidentes de trabalho, poderia ser aplicada para avaliar a segurança física e psicossocial das gestantes, com base no clima organizacional e saúde psicológica²⁰³. A violência no local de trabalho também oferece risco à segurança física e à saúde mental da trabalhadora gestante, o que torna importante a avaliação preliminar do risco de violência no trabalho do tipo II, conforme realizada nos serviços de emergência em um estudo¹⁹⁶.

Por último, mas, não menos importante, estão as campanhas de vacinação como medida preventiva e protetiva da saúde das mulheres, trabalhadoras e grávidas. A exemplo da campanha multimídia de vacinação contra a gripe entre profissionais de saúde²⁰⁴, em um hospital acadêmico italiano, que favoreceu a consciência em relação à campanha e a mudança de atitudes e práticas.

Entre os possíveis benefícios diretos para os empregadores e gestores, de iniciativas e programas como esses, tem-se a retenção de um funcionário qualificado, aumento da produtividade do trabalhador e eliminação do custo de treinamento de novo funcionário^{112,168}. Contudo, a literatura aponta a resistência de empregadores em fazer as adaptações nos locais de trabalho, como no estudo de Malenfant e De Koninck em que a maioria das trabalhadoras grávidas elegíveis, de acordo com a legislação de redesignação preventiva de tarefas, foi colocada em licença do trabalho²⁷.

3.1.8.2. Aleitamento materno no trabalho e creche

Estudo fenomenológico de desenho qualitativo destaca a importância das questões e problemas enfrentados pelas mães trabalhadoras, de um hospital terciário na Arábia Saudita, para amamentar durante o pós-parto. Os resultados mostraram que os principais fatores a afetar a amamentação incluem atributos maternos, como conhecimento sobre amamentação, decisões pré-natais e prioridades conflitantes das mães, bem como a disponibilidade de apoio social e no local de trabalho⁹¹. A disponibilidade de um local privado e o apoio do

empregador, no tocante à política institucional, permitirão que as trabalhadoras continuem amamentando após o retorno ao trabalho⁹¹.

3.1.8.3. Educação em Segurança e Saúde no Trabalho (SST) e maternidade

Atividades de educação em SST devem utilizar estratégias pedagógicas que trabalhem a informação, preferencialmente, de forma educativa, interativa e participativa junto aos trabalhadores⁸¹. Primeiramente, cabe reiterar o direito das trabalhadoras à informação^{147,159} sobre a sua saúde, riscos a que estão expostas e medidas para controlá-los, além dos seus direitos jurídicos e previdenciários, com especial atenção às trabalhadoras grávidas⁸¹. As enfermeiras grávidas, por exemplo, devem receber educação, ainda no início da gravidez, sobre os riscos ocupacionais a que estão expostas e as possíveis modificações que devem buscar⁸⁰.

Os subtemas de educação relacionados à proteção da maternidade destacados nas iniciativas foram aleitamento materno e exposições químicas, radiação ionizante, gases anestésicos, agentes antineoplásicos, agentes biológicos, exigências físicas e horário de trabalho, o que corrobora as evidências científicas quanto às exposições ocupacionais com maiores riscos à saúde da trabalhadora grávida, puérpera e do bebê^{9,83}. Embora estas iniciativas sejam somente de disponibilização de informações, elas são de fácil acesso, via página do *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), trazem orientações sobre os agentes e os perigos, o que fazer em caso de exposição, além de contatos e links para mais informações.

Exposição a agentes químicos no trabalho

As informações sobre o trabalho com produtos químicos durante a amamentação devem incluir orientações sobre como proteger o bebê: 1 - Falar com o médico ou outro profissional de saúde sobre os tipos de produtos químicos usados no trabalho e se é seguro continuar amamentando. 2 - Se o trabalho envolve substâncias químicas nocivas que podem entrar no leite materno, perguntar a um médico sobre maneiras de reduzir ou eliminar o produto químico no leite materno, e ao empregador ou responsável pela segurança no local de trabalho sobre maneiras de reduzir ou eliminar a exposição. Possíveis medidas preventivas: uso de equipamentos de proteção individual (EPI) ou a alteração das funções de trabalho. Certificar se os EPI são adequados para a trabalhadora e para o produto químico. Para mais informações, a trabalhadora, médico ou empregador devem entrar em contato com a instância oficial, responsável por informações em SST. 3 – Evitar levar produtos químicos do local de trabalho para outros lugares^{113,173}.

Quanto à exposição a gases anestésicos e a saúde reprodutiva, a trabalhadora da saúde deve receber informações sobre o que são gases anestésicos, por que se preocupar com a exposição, quem é que pode estar exposto aos gases anestésicos, o que não é conhecido sobre estes gases, o que se pode fazer para reduzir ou eliminar a exposição, e contatos e links para mais informações¹¹⁵.

As trabalhadoras cujas atividades envolvem o preparo, administração e armazenamento de medicamentos antineoplásicos (quimioterapia) devem receber formação e informações sobre o que são drogas antineoplásicas, por que se preocupar com a exposição, quem trabalha com drogas antineoplásicas, o que ainda não é conhecido, o que se pode fazer para reduzir ou eliminar a exposição, e a importância de se seguir as orientações de órgãos competentes para eliminar ou reduzir a exposição a medicamentos antineoplásicos¹¹⁹.

Exposição a agente físico

As informações sobre radiação ionizante e a saúde reprodutiva precisam esclarecer a trabalhadora da saúde sobre o que é radiação ionizante e seus tipos mais comuns que incluem partículas alfa e beta, raios gama e raios-X, por que se preocupar com a radiação ionizante, quem está exposto à radiação ionizante no trabalho, o que não é conhecido, e o que se pode fazer para reduzir ou eliminar a exposição¹¹⁴.

Exposição a agentes biológicos

Do mesmo modo, as informações sobre os agentes infecciosos e a saúde reprodutiva devem contemplar questões como: por que se preocupar com a exposição? Quais agentes infecciosos podem ser prejudiciais durante a gravidez? Quem está exposto a agentes infecciosos? O que não é conhecido? O que se pode fazer para proteger e reduzir ou eliminar a exposição? E contatos e links para saber mais informações sobre as vacinas para gestantes¹¹⁶.

Exposição a fatores organizacionais ou relacionados à ergonomia

Considerando as evidências científicas sobre os impactos das demandas físicas na saúde reprodutiva, se faz importante informar as trabalhadoras grávidas sobre o que são demandas físicas e os motivos para se preocupar, quais trabalhos geralmente envolvem altas demandas físicas, o que ainda não é conhecido sobre o tema, o que se pode fazer para reduzir ou eliminar a exposição, além de discutir as recomendações para levantamento de peso durante a gravidez com o médico¹¹⁷.

O horário de trabalho, especialmente o trabalho por turnos e longas jornadas de trabalho, também pode afetar a saúde reprodutiva. Portanto, as trabalhadoras da saúde devem receber informações e orientações sobre os problemas de horário de trabalho, os motivos de preocupação e o que ainda não é conhecido sobre o tema, o que se pode fazer para melhorar o horário de trabalho, e dicas de higiene do sono para trabalhadores por turnos¹¹⁸.

3.1.9. Atuação da equipe de SST, gestores e políticos

As recomendações da WHO e ILO (2022) para os gestores das unidades de saúde e federações hospitalares incluem a implementação de medidas de saúde ocupacional, enquanto dever de cuidado do empregador. O cumprimento regulamentar das normas de saúde e segurança no trabalho contribuem para a redução do absenteísmo, aumento da produtividade laboral, moral e retenção dos trabalhadores da saúde. As unidades de saúde públicas ou privadas podem se beneficiar com um programa nacional que forneça condições equitativas para que sejam tratadas igualmente, em termos de saúde ocupacional e requisitos de segurança¹¹⁰.

Como no caso da exposição a drogas antineoplásicas, defensores, especialistas e profissionais de saúde devem continuar a trabalhar para chamar a atenção do governo e monitorar a conformidade dos estabelecimentos de saúde com os regulamentos pertinentes a cada risco ocupacional a que estão expostas as trabalhadoras da saúde. Os administradores ou gestores de instituições de saúde devem estar comprometidos em manter e promover padrões de segurança e a revisar suas políticas de segurança periodicamente^{80,92}.

As empresas e organizações devem ser incentivadas a melhorar a proteção da maternidade no local de trabalho, o que compreende entender as razões das lacunas entre procedimentos prescritos e práticas, e atentar para a importância dos meios de proteção participativos e acessíveis para todas as trabalhadoras, inclusive os informando sobre seus direitos. Consultar especialistas autorizados em matéria de saúde e segurança para a realização de análises de risco, tanto quanto desenvolver formas que apoiem a habilidade das trabalhadoras em julgar quando e como se adaptar, é importante para garantir o progresso das ações de SST⁸¹.

As condições de trabalho podem desempenhar um papel relevante no curso de diversos sintomas ou doenças relacionadas à gravidez. Portanto, as adequações de trabalho recomendadas pelos profissionais de SST podem contribuir para a manutenção da gestante no trabalho. Ademais, as políticas relativas ao trabalho durante a gravidez devem permitir maior flexibilidade em termos de jornada diária de trabalho, duração e controle sobre as demandas do trabalho²⁵.

Em estudo de caso cruzado, a gestão da proteção da maternidade foi comparada em três instituições de saúde na Suíça. Os resultados mostraram que a percepção das trabalhadoras de um clima de segurança positivo era composta pelo comprometimento percebido de seus superiores diretos com sua segurança, por percepções compartilhadas de riscos e níveis adequados de informação, por procedimentos formais para o manejo da gravidez, e pela presença de uma unidade de saúde bucal. Há que se ter recursos suficientes para que as equipes de trabalho possam apoiar as trabalhadoras grávidas e para uma abordagem participativa da proteção da gravidez no trabalho que inclua as trabalhadoras, os seus colegas, a direção e uma equipe multidisciplinar de saúde ocupacional⁸⁸.

A existência de uma política institucional, como no caso da Política de Retorno ao Trabalho para novos pais residentes na área de emergência médica, fornece um guia abrangente para os requisitos de treinamento, políticas de licença familiar, uma visão geral dos recursos disponíveis e uma estrutura de agendamento que facilite a transição suave de volta às funções clínicas, após a licença maternidade⁸⁹.

3.1.10. Conciliação entre trabalho, maternidade e família

O estudo de coorte retrospectiva de Villar *et. al* (2019) constatou que as condições de trabalho podem desempenhar um papel relevante no curso de diversos sintomas ou doenças relacionadas à gravidez. Sendo assim, as adequações de trabalho recomendadas pelos profissionais de SST podem contribuir para a manutenção da gestante no trabalho, e, consequentemente, para maior equilíbrio entre maternidade e vida profissional²⁵.

Em um estudo qualitativo, stakeholders de organizações do setor de saúde e da indústria de alimentos foram entrevistados com o objetivo de se entender como as funcionárias grávidas utilizam elementos do regulamento formal de proteção à maternidade ou desenvolvem suas próprias estratégias para conciliar trabalho e gravidez⁸¹. Os resultados demonstraram que algumas organizações usaram procedimentos aparentemente de acordo com a legislação, enquanto outras planejaram abordagens mais informais para gerenciar cada caso. Embora medidas de segurança normativas dentro da estrutura da legislação nacional tenham sido recursos importantes para os gerentes e as trabalhadoras, a implementação de várias medidas esbarrou nas restrições do local de trabalho do mundo real, tornando-as impraticáveis. Portanto, para conciliar trabalho e gravidez, as trabalhadoras adaptaram algumas medidas consideradas insuficientes ou desenvolveram estratégias próprias. O estudo aponta a necessidade de articulação entre o que, obrigatoriamente, é requerido pelos regulamentos e as necessidades e competências das trabalhadoras grávidas, no que diz respeito às suas atividades⁸¹.

Nowak *et al.* (2013), com a aplicação de *survey* e revisão da literatura, identificaram questões importantes relacionadas aos locais de trabalho e ao retorno das mulheres às atividades laborais: a dissonância experimentada por algumas entre a declarada política familiar favorável à família e as decisões e atitudes da gerência. A importância da flexibilidade do trabalho também para os homens (cônjuge/companheiro) com vistas ao seu papel solidário na prestação de cuidados infantis, facilitando o retorno da mãe ao trabalho (tempo familiar-trabalho-renda). A necessidade de se explorar o potencial de cuidados infantis formais no local, juntamente com a implementação efetiva de políticas de amamentação, a serem gerenciados para superar alguns dos problemas de flexibilidade do trabalho⁹⁰.

A Política de Retorno ao Trabalho para novos pais, residentes em medicina de emergência (*Stanford/Kaiser Emergency Medicine Residency Program*), fornece um guia abrangente para os requisitos de treinamento, políticas de licença familiar, uma visão geral dos recursos disponíveis e uma estrutura de agendamento que facilita uma transição suave de volta às funções clínicas. Cabe ressaltar que o objetivo da política é “respeitar os residentes que são pais de maneira profundamente pessoal, promovendo assim bem-estar, engajamento, aprendizado e retenção”⁸⁹.

Por fim, um estudo para explorar os fatores que influenciam a amamentação entre mães que trabalham em um hospital terciário apontou as dificuldades das mulheres em conciliar a amamentação com o trabalho, o que resultou na interrupção precoce da amamentação antes dos seis meses. Dentre as dificuldades apontadas, foram citados o apoio social e no local de trabalho inadequados, a falta de local privado para amamentar e de apoio do empregador para se utilizar a política institucional⁹¹.

3.2. ETAPA 2 – Percepção das trabalhadoras da assistência direta à saúde, no setor hospitalar: relações entre trabalho, saúde e maternidade

A Figura 10 apresenta o resultado da aplicação do questionário nas duas unidades hospitalares, que superou o esperado. A amostra mínima prevista ($n = 310$) considerou a soma das populações de estudo dos hospitais.

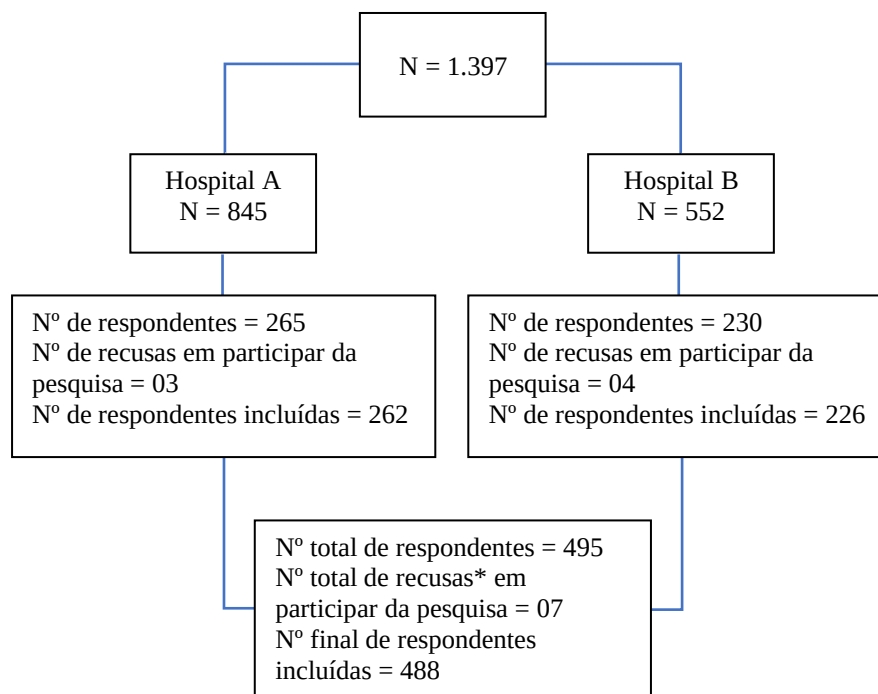


FIGURA 10 - Representação esquemática da população de estudo e de respondentes do questionário Percepção dos Riscos Ocupacionais e das Relações entre Trabalho e Maternidade, no Contexto Hospitalar

Notas: * o Nº de recusas em participar da pesquisa incluiu as respondentes que não tiveram interesse em participar e que não concordaram depois de ler o TCLE.

Ressalta-se que, mesmo considerando somente as que não deixaram de relatar a CBO (Classificação Brasileira de Ocupação) e o tipo de vínculo ($n = 470$), a taxa de resposta ainda foi de 151,6%, conforme a Tabela 17. Saber a categoria profissional e o tipo de vínculo foi considerado relevante para as análises dos resultados, ao se verificar as possíveis associações entre as variáveis.

TABELA 17 – Tamanho mínimo da amostra por CBO e vínculo, e resultados alcançados

Vínculo \ CBO	Tamanho mínimo da amostra			n alcançado*		
	<i>n</i>	<i>n</i> Estatutária	<i>n</i> CLT	<i>n</i> Estatutária e CLT	<i>n</i> Estatutária	<i>n</i> CLT
AE	4	4	0	4	3	1
TE	120	12	108	199	23	176

Vínculo CBO	Tamanho mínimo da amostra			n alcançado*		
	<i>n</i>	<i>n</i> Estatutária	<i>n</i> CLT	<i>n</i> Estatutária e CLT	<i>n</i> Estatutária	<i>n</i> CLT
E	97	3	94	183	9	174
M	89	2	87	84	9	75
Total	310	20	290	470	44	426

Notas: *considerando as que responderam ambos, o tipo de CBO e o vínculo; CBO- Classificação Brasileira de Ocupação; AE - Auxiliar de Enfermagem; TE - Técnica de Enfermagem; E - Enfermeira; M - Médica; Estatutária - servidora pública por Regime Jurídico Próprio; CLT - Consolidação das Leis do Trabalho (empregada pública por Regime Jurídico Único).

3.2.1. Perfil sociodemográfico e profissional das trabalhadoras

As trabalhadoras respondentes (488) em sua maioria encontram-se na faixa etária de 39 a 45 anos (55,5%), seguida da faixa de 32 a 38 anos (38,3%). A autodeclaração de raça-cor compreende 67,6% de negras, soma dos 45,1% de pardas e 22,5% de pretas. As autodeclaradas como brancas representaram 30,9%. Em sua maioria, são casadas (52,9%) e as solteiras compreendem 21,5%, como visto na Tabela 18. O percentual de trabalhadoras com vínculo formal de união (casamento e união estável) foi de 68,1%.

TABELA 18 – Distribuição das respondentes de acordo com as características gerais (n=488)

Características das respondentes	Freq.	%
<i>Faixa etária</i>		
18 a 24 anos	3	0,6
25 a 31 anos	27	5,5
32 a 38 anos	187	38,3
39 a 45 anos	271	55,5
<i>Raça/cor</i>		
Branca	151	30,9
Preta	110	22,5
Amarela	3	0,6
Parda	220	45,1
Não declarada	4	0,8
<i>Estado civil</i>		
Casada	258	52,9
União estável	74	15,2
Divorciada	45	9,2
Solteira	105	21,5
Viúva	5	1,0
Sem informação	1	0,2

Na Tabela 19, vê-se que a grande maioria das respondentes é da equipe de enfermagem: 41,8% são técnicas de enfermagem e 38,3% são enfermeiras. Cabe ressaltar o baixo percentual (0,8%) da categoria de Auxiliar de Enfermagem. Essa categoria profissional tem diminuído ao longo dos anos, a partir de 2003, devido à Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN 276/2003) que passou a considerar o curso de formação de auxiliar de enfermagem como um módulo da formação definitiva do técnico de

enfermagem. Em relação às médicas, verifica-se que representam 17,6% das 488 respondentes.

Em relação ao tempo de atuação na atividade hospitalar, 88,7% da amostra tem mais de 5 anos de experiência. Quanto ao vínculo de emprego, com exceção das auxiliares de enfermagem, 88,5% têm vínculo de emprego sob o regime CLT (Empregado Público) e somente 9,0% são servidoras estatutárias. Conforme citado anteriormente, as auxiliares de enfermagem tem diminuído ao longo dos anos e as poucas que ainda estão em atividade nos hospitais estudados têm vínculo estatutário. A tendência é de substituição dessa categoria pela de técnico de enfermagem, ao longo dos anos.

TABELA 19 – Distribuição das respondentes de acordo com o perfil profissional (n=488)

Características das respondentes	Freq.	%
<i>Tempo de trabalho na atividade hospitalar</i>		
Menos de 1 ano	10	2,0
1 a 2 anos	21	4,3
3 a 4 anos	23	4,7
5 ou mais anos	433	88,7
Sem informação	1	0,2
<i>Categoria Profissional</i>		
Auxiliar de Enfermagem	4	0,8
Técnica de Enfermagem	204	41,8
Enfermeira	187	38,3
Médica	86	17,6
Sem informação	7	1,4
<i>Vínculo Profissional</i>		
Servidor público estatutário	44	9,0
Empregado público	432	88,5
Sem informação	12	2,5

Embora uma mesma profissional possa trabalhar em mais de um setor e possuir mais de uma jornada diária de trabalho, os setores Ambulatorial (58,2%) e de Terapia Intensiva (21,3%) compreendem a maioria das respondentes. Já os setores de Oncologia e de Urgência se equiparam com 11,0% cada. As jornadas de trabalho em ritmo de plantão de 12 horas foram as mais declaradas pelas respondentes, ou seja, plantões Dia – 12h (41,8%) e Noite – 12h (36,3%). Os turnos diurnos com até 8 horas compreendem 25,8% das respondentes, com destaque para o Diurno – 6h/dia (20,5%), Tabela 20.

TABELA 20 – Distribuição das respondentes de acordo com o setor onde trabalham e a jornada diária de trabalho (n=488)

Características do trabalho	Freq.	%
<i>Setor onde trabalha</i>		
Setor Ambulatorial	284	58,2
Setor de Terapia Intensiva	104	21,3
Setor de Oncologia	55	11,3
Setor de Urgência	54	11,1
Sem informação	6	1,2

Características do trabalho	Freq.	%
<i>Jornada diária de trabalho</i>		
Diurno – 4h/dia	4	0,8
Diurno – 6h/dia	100	20,5
Diurno – 8h/dia	22	4,5
Plantão Dia – 6h	11	2,3
Plantão Dia – 12h	204	41,8
Plantão Noite – 12h	177	36,3
Dia/noite – 24h	29	5,9
Sem informação	3	0,6

Nota: uma mesma profissional pode trabalhar em mais de um setor e possuir mais de uma jornada diária de trabalho.

3.2.2. A vivência da gravidez: intenção, experiência e ocorrências

3.2.2.1. Aspectos gerais

A experiência de gravidez foi relatada por mais de 70% das respondentes, sendo que 65,4% não estavam grávidas no período da coleta de dados, mas já haviam engravidado, e 2,0% estavam grávidas pela primeira vez. O percentual de respondentes grávidas foi de 5,7%, Tabela 21.

TABELA 21 – Distribuição das respondentes de acordo com a situação de gravidez (n=488)

Situação	Freq.	%
Estou grávida – 1ª gestação	10	2,0
Estou grávida e já engravidei anteriormente	18	3,7
Não estou grávida, mas já engravidei	319	65,4
Nunca engravidei	141	28,9

Entre as que nunca engravidaram (28,9%), a pretensão de ter filhos foi de 41,8% e de não ter igual a 35,5%. A dúvida ainda persiste em 22,0%, Tabela 22. Entre as que nunca engravidaram e não querem ter filhos, 68,0% têm de 39 a 45 anos e 90,0% já estão na atividade há 5 ou mais anos. As que estão com dúvidas sobre engravidar têm de 25 a 38 anos (77,4%), mas 90,3% destas declararam 5 ou mais anos na atividade.

TABELA 22 – Distribuição das respondentes que nunca engravidaram, de acordo com a pretensão em ter filho(s) (n=141)

Situação	Freq.	%
Não	50	35,5
Sim	59	41,8
Talvez	31	22,0
Sem informação	1	0,7

A frequência relativa de gestações, incluindo as respondentes que estão grávidas, mas, não pela primeira vez, foi semelhante para 1 ou 2 gestações, totalizando mais de 80,0%. Somente 17,5% das trabalhadoras que já engravidaram tiveram 3 ou mais filhos. De 337

trabalhadoras com experiência de gravidez, 33,0% vivenciaram ameaças de aborto: uma (22,6%) ou mais ameaças de aborto (10,4%), Tabela 23.

Embora não conste na tabela, é importante ressaltar que somente 2,0% (10) do total de respondentes incluídas (448) se declararam grávidas pela 1ª vez e que nenhuma tinha sofrido ameaça de aborto até o período da coleta dos dados. Somente 1 tinha de 18 a 24 anos, e as demais encontravam-se nas faixas de 32 a 38 anos (5) e 39 a 45 anos (4). Apesar da idade ter sido declarada em faixas etárias, é possível inferir que a maioria dessas trabalhadoras já estava na idade materna avançada (35 anos ou mais). Além disso, somente uma tinha de 1 a 2 anos na atividade e as demais de 5 ou mais anos.

TABELA 23 – Distribuição das respondentes quanto ao nº de gestações anteriores e ameaça de aborto (n=337)

Situação	Freq.	%
<i>Número de gestações anteriores</i>		
Uma	137	40,7
Duas	139	41,2
Três ou mais	59	17,5
Sem informação	2	0,6
<i>Sofreu ameaça de aborto</i>		
Nunca sofreu ameaça de aborto	219	65,0
Uma ameaça de aborto	76	22,6
Duas ameaças de aborto	26	7,7
Três ou mais ameaças de aborto	9	2,7
Sem informação	7	2,1

O relato de algum tipo de aborto compreendeu 32,6% das respondentes que já engravidaram. Aquelas que sofreram aborto espontâneo (29,7%), em sua maioria, relataram 1 aborto (23,7%). O aborto provocado foi relatado por 3,0% das respondentes, com destaque para somente 1 aborto (2,1%), Tabela 24. Houve, ainda, o relato de ambos os tipos de aborto por duas respondentes (1 de cada), e 67,4% não sofreram aborto. Para cada tipo de aborto, a respondente deveria afirmar se teve nenhum, 1, 2, ou 3 abortos. Quando a trabalhadora informou somente um tipo de aborto, o banco de dados foi adaptado para considerar que o outro tipo foi igual a nenhum.

TABELA 24 – Distribuição das respondentes que já engravidaram de acordo com o tipo e o número de abortos sofridos (n= 337)

Número de abortos	Aborto espontâneo		Aborto provocado	
	Freq.	%	Freq.	%
Nenhum aborto	224	66,5	313	92,9
Um aborto	80	23,7	7	2,1
Dois abortos	15	4,5	3	0,9
Três ou mais abortos	5	1,5	0	0,0
Sem informação	13	3,9	14	4,2
Total	337	100,0	337	100,0

Das 337 respondentes que já engravidaram, 149 (44,2%) não informaram o tipo e o número de partos e 16 (4,7%) tiveram mais de um tipo de parto. Ao se considerar somente as que relataram o tipo e o número de partos (188; 55,8%), o número total de partos foi de 511, Tabela 25. No geral, o maior percentual de partos, de acordo com o tipo, foi o de parto a termo (85,1%), seguido por parto pré-termo (11,4%). Em termos de número de partos declarados pelas respondentes, os maiores percentuais foram de 2 partos (52,8%) e 1 parto (39,5%), o que totalizou mais de 90,0% do total geral de partos.

O maior percentual por número de partos prematuros foi o de 1 parto (5,5%), seguido por 2 partos (3,5%). O parto a termo teve como maiores percentuais o de 2 partos (48,5%) e de 1 parto (31,9%). Já o parto após a 42ª semana teve seu maior percentual em 1 parto (2,2%).

TABELA 25 – Distribuição de partos relatados por número e tipo entre as respondentes que já engravidaram (n= 511 parto)

Quant. de parto Tipo de parto	Parto pré-termo		Parto a termo		Parto após a 42ª semana		Total geral de Partos	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Um parto	28	5,5	163	31,9	11	2,2	202	39,5
Dois partos	18	3,5	248	48,5	4	0,8	270	52,8
Três ou mais partos	12	2,3	24	4,7	3	0,6	39	7,6
Total geral de partos	58	11,4	435	85,1	18	3,5	511	100

3.2.2.2. Orientações médicas recebidas sobre gravidez, amamentação e trabalho

O número de respondentes com experiência de gravidez, inclusive as que estavam grávidas pela 1ª vez, chegou a 71,1% (347) do total de respondentes (488). A maioria (83,6%) das respondentes, quando grávidas, foram abordadas pelo médico quanto à ocupação. Contudo, somente um pouco mais da metade (52,4%) recebeu orientações sobre cuidados e restrições com vistas a proteger a sua saúde e a do conceito ou feto, Tabela 26. Pressupõe-se que ainda assim há um *gap* de informações sobre maternidade e trabalho. Se as trabalhadoras foram abordadas sobre a ocupação, era de se esperar que todas recebessem orientações, tendo em vista os riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho no setor hospitalar.

TABELA 26 – Distribuição das respondentes de acordo com a abordagem médica e orientações recebidas sobre cuidados e restrições no trabalho, durante a gravidez (n=347)

Características das respondentes	Freq.	%
<i>O médico perguntou sobre sua ocupação</i>		
Não	53	15,3
Sim	290	83,6
Sem informação	4	1,2
<i>Recebeu orientações sobre cuidados e restrições</i>		
Não	160	46,1
Sim	182	52,4
Sem informação	5	1,4

Segundo os relatos, as recomendações ou restrições médicas mais sugeridas foram que a trabalhadora fosse realocada para outras atividades sem riscos para a gestação (40,7%) ou que permanecessem na mesma atividade, mas com diminuição da carga de trabalho, esforço físico e stress, durante a gestação (40,1%). Essas duas recomendações foram recebidas por 80,8% das trabalhadoras cujos médicos perguntaram sobre a ocupação, e somente 10,4% delas foram orientadas a buscar o afastamento total do trabalho devido à exposição ocupacional, o que representou 5,5% do total de respondentes com experiência de gravidez, Tabela 27.

O percentual de trabalhadoras que comunicaram ao empregador as orientações ou restrições médicas chegou a 68,1%, sendo que em 56,0% essas orientações foram totalmente acatadas pelo empregador, em 7,7% foram parcialmente acatadas, e, em 4,4%, o empregador não acatou. Cabe ressaltar que foi significativo o percentual de trabalhadoras que não comunicaram as orientações recebidas ao empregador (26,9%) e 4,9% preferiram não relatar se as comunicaram ou não.

TABELA 27 – Distribuição das respondentes de acordo com as orientações recebidas sobre cuidados e restrições no trabalho, durante a gravidez, e comunicação e aceite do empregador (n=182)

Características das respondentes	Freq.	%
<i>Recomendações ou restrições médicas sugeridas</i>		
Afastamento total do trabalho, por licença médica, devido à exposição ocupacional	19	10,4
Permanecer na mesma atividade, mas com diminuição da carga de trabalho, esforço físico e stress, durante a gestação	73	40,1
Realocação para outras atividades sem riscos para a gestação	74	40,7
Outra(s)	14	7,7
Sem informação	2	1,1
<i>Comunicou ao empregador as recomendações ou restrições médicas</i>		
Não comuniquei	49	26,9
Sim. Comuniquei e o empregador não acatou	8	4,4
Sim. Comuniquei e o empregador acatou totalmente	102	56,0
Sim. Comuniquei e o empregador acatou parcialmente	14	7,7
Sem informação	9	4,9

Outras recomendações e restrições foram relatadas pelas respondentes, além de declarações que negavam a possibilidade de riscos ocupacionais à gestação:

- Imunização – “Calendário vacinal”
- Evitar exposição a risco biológico – “Evitar contato com paciente contaminado”. “Evitar exposição a doença infecto - uso de proteção individual para prevenção de covid”. “Me afastei da unidade hospitalar devido à pandemia, retornando aos 8 meses de gestação, porém fui realocada para o setor administrativo”. “Restrição de

peso, precaução de contato, gotículas e aerossóis”. “Sou Pediatra e era CMV negativo, fui orientada a usar máscaras e aumentar lavagem de mãos no trabalho (na época emergência pediátrica). Trabalhei até 38 semanas nas duas gestações”. “Trabalho remoto devido à pandemia por COVID”.

- Exposição à radiação – “Realizações de tarefas no setor de trabalho, sem exposição/contato com paciente e/ou com radiação. Afastamento total para trabalho remoto (início da pandemia de COVID)”.
- Exposição a agentes químicos – “Não intubar, quimioterápicos”. “Restrição a exposição à quimioterápicos”.
- Organização do trabalho – “Não poderia ficar sozinha no plantão”. “Repouso nos intervalos”. “Fiquei grávida na pandemia. Trabalho remoto”. “Fui afastada pela EBSEH durante a pandemia da COVID 19”. “Gestação durante isolamento pela COVID 19. Afastamento a partir da Quinta semana gestacional”. “Mudança de turno. Deixei de fazer plantões noturnos”.
- Equipamento de Proteção Individual – “Uso de EPIs para todos os atendimentos”.
- Relatos de aparente negação dos riscos tanto por parte da trabalhadora quanto do empregador - “Nenhuma restrição ao trabalho, continuei assistindo todos meus doentes, considero que não houve nenhum prejuízo para mim, para minha gestação ou para minhas filhas”. “Nenhuma recomendação. Segui dando plantões normalmente, atendendo pacientes de risco no ambulatório até a semana 37 quando fui ganhar meus filhos”. “Permanecer na mesma atividade sem diminuição da carga”. “Houve orientação por parte da obstetra, porém não fui realocada. Trabalhei o período gestacional no setor de infectologia. A chefia da divisão da enfermagem falou que eu havia prestado concurso para a assistência e não para administrativo”. “Não houve nenhuma restrição, trabalhei normalmente inclusive em isolamento temporário”. “Engravidei no ano de 2016 e não foi recomendado no período nenhum tipo de restrição, inclusive, continuei no serviço noturno”. “Sempre trabalhei até os nove meses”. “Trabalhei normalmente como se não estivesse grávida”.
- Outros relatos – “Eu me restringi”. “Não trabalhar na área hospitalar”.

Conforme a Tabela 28, 68,3% das respondentes mães, quando da fase de amamentação, não receberam orientação alguma do médico sobre como se proteger e a seu bebê dos riscos nos ambientes de trabalho. É importante destacar que, a despeito de algumas trabalhadoras terem recebido mais de uma recomendação, o número de trabalhadoras sem as devidas orientações ainda foi alto.

Em relação aos riscos químicos, somente 4,0% foram orientadas a conversar com o empregador ou o responsável pela segurança no local de trabalho sobre maneiras de reduzir ou eliminar a exposição a produtos químicos nocivos que podem passar para o leite materno. A realocação para outras atividades sem riscos para o bebê ou alteração das funções de trabalho, durante a amamentação, foi a medida mais indicada, conforme o relato de 21,6% das respondentes. O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) específicos e adequados, no caso de risco químico, foi a segunda mais indicada alcançando 6,3% das respondentes.

TABELA 28 – Distribuição das respondentes de acordo com as recomendações quanto à amamentação no local de trabalho recebidas do médico (n=347)

Recomendação	Freq.	% de respondentes*
Conversar com o empregador ou com o responsável pela segurança no local de trabalho sobre maneiras de reduzir ou eliminar a exposição a produtos químicos nocivos que podem entrar no leite materno	14	4,0
Usar equipamentos de proteção individual (EPI) específicos e certificar se as luvas, roupas de proteção, respirador ou outro EPI são adequados para você e para o produto químico	22	6,3
Realocação para outras atividades sem riscos para o bebê ou alteração das funções de trabalho, durante a amamentação	75	21,6
Evitar levar produtos químicos do local de trabalho para casa. Os produtos químicos podem entrar em casa pela pele, cabelo, roupas ou sapatos	10	2,9
Outra(s)	10	2,9
Nenhuma	237	68,3

Nota: * Uma mesma profissional pode ter recebido mais de uma recomendação.

Ao serem questionadas sobre outras recomendações recebidas a respeito da amamentação no local de trabalho, algumas relataram:

- Redução na jornada de trabalho - “Saí duas horas mais cedo para amamentar meu bebê”. “Por lei tive direito a sair uma hora mais cedo do serviço até o bebê completar 1 ano”. “Saída do plantão 1 hora antes do horário”. “Tive 30 minutos a menos por dia na carga horária de trabalho”.
- Busca de orientações em outras fontes - “Eu busquei orientação no Google e Instagram, seguindo perfis de médicas pediatras, infelizmente minha obstetra não atuou no que tange a isso”. “Não recebi orientação no trabalho e nem do pediatra. Eu mesmo busquei informações em outros locais”.
- Ausência ou inadequação de local para amamentação ou ordenha e armazenamento de leite - “Nem todo local de trabalho tem um ambiente adequado para usar a ordenha e conservação do leite”. “Sem condições de amamentação no local, retirava o leite e armazenava”. “Entrei em contato com os dois locais de trabalho e

na época nenhum dos dois tinha sala destinada à amamentação ou retirada de leite/local para armazenar. Isso contribuiu para diminuir o tempo de amamentação”.

- Permanecer nas mesmas atividades - “Não recebi nenhuma orientação e continuei com minhas tarefas normalmente. “Nas gestações anteriores permaneci com as mesmas atividades durante a amamentação”.
- Impossibilidade de amamentação - “Não cheguei a amamentar...”

As declarações acima, embora não específicas sobre orientações para amamentação nos ambientes de trabalho, expressam as dificuldades que as mães trabalhadoras tiveram para uma amamentação oportuna e adequada, em termos de tempo de pausas para amamentar, ordenhar e local de armazenamento do leite, além do período mínimo de 6 meses de amamentação exclusiva recomendado pela OMS. Houve trabalhadora que nem mesmo chegou a amamentar. Mesmo que tenham tido a permissão para sair mais cedo do trabalho ou tenham tido local para amamentação e ordenha, isso não significa que estavam protegidas contra os riscos existentes no ambiente de trabalho que, indiretamente, via mãe, podem afetar o lactente.

3.2.2.3. Queixas e agravos à saúde durante a gestação e afastamento do trabalho

Quanto às queixas de saúde relacionadas ao trabalho, a maioria das respondentes (73,5%) não relatou queixas durante a gestação. E 69,2% não se afastaram do trabalho por complicações relacionadas à gestação, Tabela 29. Das 82 trabalhadoras que responderam à pergunta sobre queixa de saúde relacionada ao trabalho durante a gestação, 1 foi excluída porque a resposta foi ter sido demitida durante a gestação e não sobre queixas de saúde.

TABELA 29 – Distribuição das respondentes de acordo com as informações sobre queixas e afastamento do trabalho durante a gestação (n=347)

Características das respondentes	Freq.	%
<i>Teve queixa de saúde relacionada ao trabalho durante a gestação</i>		
Não	255	73,5
Sim	82	23,6
Sem informação	10	2,9
<i>Teve que se afastar do trabalho por complicações relacionadas à gestação</i>		
Não	240	69,2
Sim	101	29,1
Sem informação	6	1,7

Nota: os dados incluem as que estavam grávidas pela 1ª vez (10), à época da coleta de dados.

As enfermeiras compreenderam 44,4% das respondentes com queixas e as técnicas de enfermagem 39,5%. O setor ambulatorial se destacou com 56,8% das respondentes com

queixas, seguido da terapia intensiva (21%), Tabela 30. Contudo, faz-se necessário esclarecer que, não necessariamente, os setores declarados pelas respondentes são os mesmos de quando estavam grávidas.

TABELA 30 – Distribuição das respondentes que tiveram queixas de saúde relacionadas ao trabalho durante a gestação por CBO e setor de trabalho (n= 81)

CBO Setor	Ambulatorial fabs (f%)	Oncologia fabs (f%)	Terapia intensiva fabs (f%)	Urgência fabs (f%)	Setor não declarado fabs (f%)	Total
AE	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)
TE	18 (39,1)	3 (37,50)	6 (35,3)	5 (62,5)	0 (0,0)	32 (39,5)
E	18 (39,1)	5 (62,5)	10 (58,8)	2 (25,0)	1 (50,0)	36 (44,4)
M	9 (19,6)	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (12,5)	1 (50,0)	12 (14,8)
Total geral	46 (100,0)	8 (100,0)	17 (100,0)	8 (100,0)	2 (100,0)	81 (100,0)

Notas: fabs – frequência absoluta; CBO- Classificação Brasileira de Ocupação; AE - Auxiliar de Enfermagem; TE - Técnica de Enfermagem; E - Enfermeira; M – Médica.

Algumas trabalhadoras que tiveram queixas não declararam o setor de trabalho (2), e 3 do setor ambulatorial não declararam o tipo de vínculo (TE; E; M). Embora a decisão pelo não compartilhamento dessas informações tenha sido baixa, ela pode indicar o receio por parte dessas trabalhadoras quanto à exposição de questões relativas ao trabalho, saúde e maternidade, e o possível reconhecimento de quem são.

Conforme A Tabela 31, embora muitas respostas não tenham sido especificamente sobre o que foi perguntado, ou seja, queixas de saúde relacionadas ao trabalho durante a gestação, algumas merecem destaque por apontarem as dificuldades e angústias que as trabalhadoras grávidas sofreram:

- “Escala de trabalho pouco flexível. Toda gestante na instituição deve trabalhar diariamente no diurno e nem sempre essa mudança de turno é fácil para a gestante. Toda funcionária tem seus compromissos de acordo com escala de trabalho estabelecida antes da gestação”.
- “Fui retirada do local de trabalho sem realocações. Não havia tempo hábil para amamentação, nem condições de extração de leite, muitas vezes tive que esvaziar a mama na pia do banheiro”.
- “Na época das minhas gestações, grávidas não eram afastadas da assistência. Continuei nos plantões e não havia cama para descanso no plantão noturno. Havia poltronas de acompanhante”.

- “Desencadeamento de trabalho de parto após RCP em PCR”.⁹
- “Na época, fiquei na assistência pegando pesado, trabalhando com pacientes acamados amputados. Paciente em isolamento fiquei várias vezes”.
- “Estresse, preconceito, aumento de PA, edema em MMII”.
- “Dificuldade de manter produtividade devido a enjoos e sonolência”.

As queixas de saúde durante a gestação relacionadas ao trabalho, à gestação em si, ou a ambos, totalizaram 82% dos 72 relatos de queixas. Destes, 52,7% expuseram também as condições de trabalho, e 18% somente queixas sobre condições de trabalho. A complexidade das respostas, em termos do que foi perguntado, aparentemente, demonstra a pouca compreensão do que é SST e as suas relações com a maternidade, além da necessidade de escuta ou de se compartilhar as situações vivenciadas. Ao serem questionadas sobre o nível de concordância quanto a se ter conhecimento suficiente sobre legislação específica aplicada à proteção da maternidade no ambiente de trabalho e conhecimento suficiente sobre as medidas de proteção da maternidade instituídas em seu local de trabalho, entre as 82 trabalhadoras que relataram queixa de saúde relacionada ao trabalho durante a gestação, os níveis de discordância a essas duas situações chegaram a 38,6% e 43,9%, e os níveis de concordância em 37,8% e 31,7%, respectivamente.

TABELA 31 – Distribuição das respondentes por tipo de queixa e relato das condições de trabalho (n= 81)

Tipo de queixa	fabs (%)	Relataram as condições de trabalho fabs (%) *
Queixas de saúde relacionadas ao trabalho durante à gestação	12 (14,8)	9 (12,5)
Queixas de saúde relacionadas à gestação	7 (8,6)	1 (1,4)
Queixas de saúde relacionadas ao trabalho e à gestação	40 (49,4)	15(20,8)
Queixas relacionadas somente às condições de trabalho	13 (16,0)	13 (18,0)
Não relataram queixa	9 (11,1)	-
Total	81(100,0)	38 (52,7)

Nota: * percentual com base nas 72 respostas afirmativas de queixas

Observou-se que as trabalhadoras com idade entre 39 e 45 anos (64,1%) foram as que mais tiveram queixas, seguidas pela faixa etária de 32 a 38 anos (34,6%), Apêndice N. Quanto à jornada de trabalho das respondentes, 32,0% (26) trabalham no turno noturno em plantão de 12 horas, 21,0% (17) em turno diurno de 6 horas, e 18,5% (15) em plantão dia de 12 horas. As que trabalham com pelo menos 1 plantão de 12 ou 24 horas representam 69,0%

⁹ Refere-se RCP à Reanimação Cardiopulmonar, e PCR à Parada Cardiorrespiratória.

Os esquemas de múltiplas jornadas dessas trabalhadoras são: Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas e Dia/noite - 24 horas; Plantão Dia - 12 horas e Dia/noite - 24 horas; Plantão Dia - 12 horas e Plantão Noite - 12 horas; Diurno - 6 horas/dia e Diurno - 8 horas/dia; Diurno - 6 horas/dia, Diurno - 8 horas/dia e Plantão Noite - 12 horas; Diurno - 6 horas/dia e Plantão Dia - 12 horas; Diurno - 6 horas/dia e Plantão Noite - 12 horas.

[illegible]

Quanto às complicações relacionadas à gravidez, 28,9% das respondentes com

experiência de gravidez (347) relataram que tiveram que se afastar do trabalho, contudo, houve exclusão de 1 resposta por não se relacionar às complicações na gravidez. A grande maioria, 69,4%, não relatou afastamento, no entanto, cabe ressaltar que uma dessas trabalhadoras relatou aborto espontâneo, apesar de não se afastar. Menos de 2% das respondentes optaram por não se manifestar e somente 21,0% relataram os agravos, Tabela 32.

TABELA 32 – Distribuição das trabalhadoras com experiência de gravidez por relato de afastamento devido a complicações gestacionais (n=346)

Relatos sobre afastamento	Relatos de agravos relacionados à gestação		
	Sim	Não	fabs (f%)
Sim	50	20	70 (20,2)
Sim, mas, não disseram o período	22	8	30 (8,7)
Não	1*	239	240 (69,4)
Sem informação	-	-	6 (1,7)

Notas: *relatou aborto espontâneo, mas, não se afastou; fabs – frequência absoluta

As categorias profissionais que mais relataram afastamentos do trabalho por decorrências relacionadas à gestação foram as técnicas de enfermagem (42%) e enfermeiras (39%), seguidas das médicas (17%). Embora o setor da respondente possa não ter sido o mesmo à época da gravidez, o ambulatorial se destacou com a maior frequência de respondentes (51,0%), tendo as técnicas de enfermagem e as enfermeiras as maiores frequências do setor. Em seguida, tem-se a terapia intensiva (24%), com destaque para as enfermeiras (50,0%), e a urgência (11,0%), onde as enfermeiras (54,5%) e médicas (27,3%) tiveram as maiores frequências, Tabela 33.

TABELA 33 – Distribuição das respondentes que se afastaram devido a agravos relacionados à gestação (n=100)

CBO Setor	Ambulatorial fabs (f%)	Oncologia fabs (f%)	Terapia intensiva fabs (f%)	Urgência fabs (f%)	Setor não declarado fabs (f%)	Total
AE	1 (2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
TE	23 (45,1)	5 (50,0)	6 (25,0)	6 (54,5)	2 (50,0)	42
E	19 (37,3)	5 (50,0)	12 (50,0)	2 (18,2)	1 (25,0)	39
M	8 (15,7)	0 (0,0)	5 (20,8)	3 (27,3)	1 (25,0)	17

CBO Setor	Ambulatorial fabs (f%)	Oncologia fabs (f%)	Terapia intensiva fabs (f%)	Urgência fabs (f%)	Setor não declarado fabs (f%)	Total
CBO não declarada	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
Total geral	51 (100,0)	10 (100,0)	24 (100,0)	11 (100,0)	4 (100,0)	100

Os agravos relacionados à gestação, relatados pelas respondentes que se afastaram do trabalho, foram contabilizados pelo número de vezes que foram citados e não pelo número de casos porque diversas trabalhadoras citaram o tipo e não relataram a quantidade exata. Para melhor compreensão, eles foram categorizados de acordo com os seguintes grupos: Alterações da Duração da Gestação, Alterações da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) e do Traçado Cardiotocográfico, Alterações do Volume de Líquido Amniótico, Anemias na Gestação, Desvios do Crescimento Fetal, Edema Fisiológico, Síndromes Dolorosas Associadas à Gestação, Infecção Urinária, Náuseas e Vômitos na Gravidez, Síndromes Hemorrágicas, Síndromes Hipertensivas da Gravidez e Outros Agravos, Apêndice P.

Dentre as Alterações da Duração da Gestação, a ameaça de parto prematuro foi o tipo de agravo mais relatado (12). Entre as trabalhadoras que relataram esse tipo de ameaça (11), três também relataram ter tido 1 parto pré-termo. Reitera-se que estes dados se referem às trabalhadoras que se afastaram do trabalho devido a complicações na gravidez.

Outras complicações com destaque nesse grupo foram a Contrações Uterinas Precoces e Espontâneas (3) e, não menos importante, os relatos de trabalho de parto prematuro (TPP) e parto pré-termo (PT).

No grupo de Síndromes Hemorrágicas, destacaram-se o sangramento (8), o aborto espontâneo (6), a ameaça de aborto (5), o descolamento prematuro de placenta – DPP (4) e a gestação ectópica (2). Mas, ainda houve relatos de placenta prévia (1) e hematoma na placenta (1).

As Síndromes Hipertensivas da Gravidez compreenderam relatos de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez – DHEG (1), hipertensão arterial (4) e hipertensão gestacional (1). De acordo com a literatura científica, a pré-eclâmpsia (DHEG) que pode ocorrer isoladamente ou associada à hipertensão arterial crônica não deve ser menosprezada por estar associada aos piores resultados, maternos e perinatais²⁰⁵.

O edema de membros inferiores (Edema MMII), embora considerado fisiológico e

muito comum durante a gravidez, por atingir 80% das gestantes²⁰⁶, só foi relatado uma única vez como causa de afastamento do trabalho, ocorrendo o mesmo com outro relato de edema associado a bradicardia fetal.

As “Síndromes Dolorosas Associadas à Gestação” tiveram como destaque a lombalgia (5), seguida da ciatalgia (3) e dor pélvica (3). Houve relatos de “neurite”¹⁰ na região torácica e Síndrome do Túnel do Carpo que são, também, comuns na gestação.

O grupo “Náuseas e Vômitos na Gravidez” obteve 7 relatos, com destaque para a hiperêmese gravídica - *ipais litteris* (4). Enjoo, tontura, náuseas e vômitos foram relatados, e pressupõe-se que eles também foram de hiperêmese gravídica por terem acontecido durante a gestação e, inclusive, com afastamento do trabalho. Quanto à “Infecção Urinária”, houve somente 2 relatos. Dentre os “Desvios do Crescimento Fetal”, a restrição de crescimento fetal / Retardo de Crescimento Intrauterino Restrito (RCIU) foi relatada por 2 respondentes. Outros agravos relatados foram fadiga e hipotensão.

O maior tempo médio de dias de afastamento do trabalho, por grupo de causas, foi devido às “Síndromes Hemorrágicas” (DP 48,0), em seguida pelos grupos de “Alterações da Duração da Gestação” (DP 35,3) e de “Náuseas e Vômitos na Gravidez” (DP 44,5), Tabela 34. Observou-se que a distribuição do tempo de afastamento foi homogêneo para as “Síndromes Dolorosas Associadas à Gestação” (CV 0,38), ao se calcular o Coeficiente de Variação¹¹ para comparar a variabilidade dos dados e excluir a influência da ordem de grandeza da variável.

TABELA 34 - Tempo médio de afastamento do trabalho por grupo de agravos relacionados à gestação

Grupo	Média de dias	DP	Valores mínimo e máximo	Coeficiente de variação
Náuseas e vômitos na gravidez	43	44,5	15; 120	1,03
Síndromes hemorrágicas	60	48,0	5; 180	0,80
Alterações da duração da gestação	53	35,3	14; 125	0,67
Síndromes dolorosas associadas à gestação	12	4,5	3; 15	0,38

Nota: a média foi calculada considerando somente as respostas exatas do período de afastamento.

As jornadas de trabalho das respondentes que se afastaram do trabalho devido a agravos relacionados à gestação são em sua maioria do tipo plantão (67), sendo Plantão Dia – 12 horas (34) e Plantão Noite – 12 horas (33). Na jornada por turno, se destacam o Diurno – 6 horas (31) e o Diurno – 8 horas (8). Ressalta-se que dessas trabalhadoras, 17 relataram

¹⁰ Termo escrito conforme relatado pela trabalhadora, mas entende-se que seria nevralgia.

¹¹ O coeficiente de variação (CV) é uma medida estatística que expressa a variabilidade relativa dos dados em relação à média, expressa como uma porcentagem.

mais de um tipo de jornada no mesmo hospital, e somente no setor de urgência não houve múltiplas jornadas, Apêndice Q. Já as faixas etárias predominantes das respondentes, que se afastaram e relataram o motivo do afastamento (72), foram de 39 a 45 anos (44) e 32 a 38 anos (27), conforme o Apêndice R. O mesmo ocorreu ao se comparar as faixas etárias de todas que se afastaram (n= 100), a despeito de terem ou não relatado o motivo.

3.2.3. As trabalhadoras e a percepção dos riscos ocupacionais: biológicos, químicos, físicos, biomecânicos e de acidentes, e psicossociais

Nesta seção, para as análises, considerou-se o total de 488 respondentes do questionário aplicado. Contudo, esse número variou devido à possibilidade de múltiplas respostas em algumas questões e, inclusive, porque algumas trabalhadoras não responderam a todas as questões. Optou-se pela união das categorias profissionais de Auxiliares e Técnicas de Enfermagem, frente ao reduzido número das primeiras, o que também foi feito em relação às faixas etárias de 18 a 24 anos e 25 a 31 anos.

Uma limitação deste estudo é a impossibilidade de aplicar testes estatísticos de associação entre variáveis. A principal barreira é a natureza de algumas das variáveis envolvidas, que permitem múltiplas respostas, o que torna inviável o uso de métodos estatísticos convencionais de associação, como é o caso do Teste Qui-Quadrado, pois eles pressupõem que cada observação ou resposta se encaixa em uma única categoria ou valor. Portanto, a análise e apresentação dos resultados será descritiva, mas sem a aplicação de testes estatísticos.

No geral, considerando os fatores de risco indicados pelas trabalhadoras, observou-se que quase todos tiveram percentuais acima de 90,0%, sendo que os riscos biológicos e os fatores de esforço físico chegaram a quase 100%. Destoa desse quadro a radiação ionizante, que foi a menos percebida (36,5%), Figura 12.

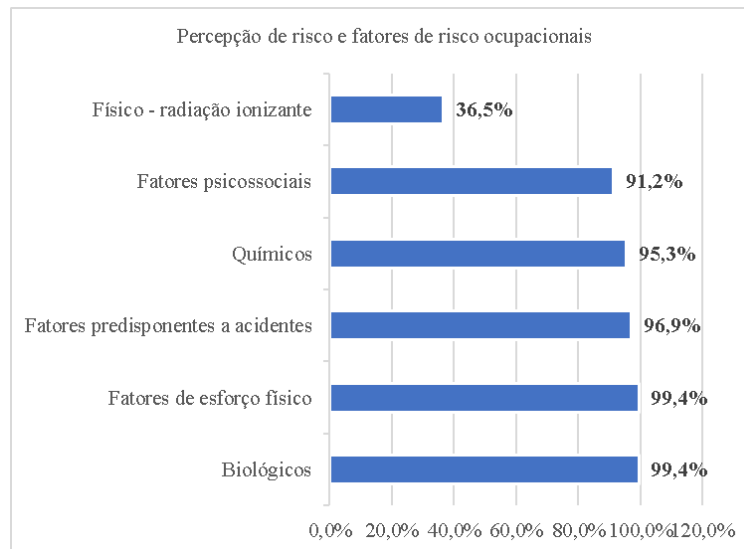


FIGURA 12 - Distribuição percentual de respondentes por risco ocupacional percebido (n=488)

Quando da comparação com outras variáveis, notou-se que os riscos biológicos, de esforço físico, e os fatores de risco psicossociais e predisponentes a acidentes foram mais identificados pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, por aquelas com 35 a 49 anos de idade, pelas trabalhadoras do setor Ambulatorial, por aquelas com 50 ou mais anos na atividade e por trabalhadoras com vínculo celetista. Ressalta-se que as médicas e aquelas com vínculo público estatutário foram as que menos perceberam os riscos estudados. Observou-se, ainda, que a percepção dos riscos cresceu com o aumento da faixa etária, Tabela 35.

Os riscos químicos e o físico (radiação ionizante) foram mais percebidos pelas enfermeiras, com percentuais de 31,1% e 17,0%, respectivamente. Quanto ao setor, o risco à radiação ionizante foi mais percebido pelas trabalhadoras da Terapia Intensiva (15,6%). Há que se destacar os baixos percentuais de percepção do risco de exposição à radiação ionizante nos setores de Urgência (4,3%) e de Oncologia (3,1%).

TABELA 35 – Distribuição percentual das respondentes de acordo com a percepção da exposição aos riscos ocupacionais por faixa etária, setor de atividade, categoria profissional e vínculo de emprego (n= 488)

Risco		Faixa etária em anos			Setor de Atividade*					Tempo na atividade				CBO			Vínculo	
		18 a 31	32 a 38	39 a 45	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Biológico	fabs	30	174	259	264	53	104	58	3	10	21	19	412	204	174	79	42	409
	%	6,1	35,7	53,1	54,1	10,9	21,3	11,9	0,6	2,0	4,3	3,9	84,4	41,8	35,7	16,2	8,6	83,8
Químico	fabs	19	119	200	176	29	86	55	3	2	14	11	310	143	152	37	32	297
	%	3,9	24,4	41,0	36,1	5,9	17,6	11,3	0,6	0,4	2,9	2,3	63,5	29,3	31,1	7,6	6,6	60,9
Físico - radiação ionizante	fabs	11	65	102	71	21	76	15	3	3	10	5	160	58	83	35	13	161
	%	2,3	13,3	20,9	14,5	4,3	15,6	3,1	0,6	0,6	2,0	1,0	32,8	11,9	17,0	7,2	2,7	33,0
Esforço físico	fabs	29	185	262	276	53	102	56	6	10	20	21	424	204	184	81	44	420
	%	5,9	37,9	53,7	56,6	10,9	20,9	11,5	1,2	2,0	4,1	4,3	86,9	41,8	37,7	16,6	9,0	86,1
Fatores predisponentes a acidentes	fabs	24	153	235	240	48	93	46	3	5	15	18	373	171	162	73	37	364
	%	4,9	31,4	48,2	49,2	9,8	19,1	9,4	0,6	1,0	3,1	3,7	76,4	35,0	33,2	15,0	7,6	74,6
Fatores psicossociais	fabs	29	174	242	254	52	101	51	6	8	19	21	396	183	174	82	43	391
	%	5,9	35,7	49,6	52,0	10,7	20,7	10,5	1,2	1,6	3,9	4,3	81,1	37,5	35,7	16,8	8,8	80,1

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação. *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor

3.2.3.1. Riscos biológicos

A exposição a sangue, soro/plasma e fluido com sangue foi percebida pela maioria das trabalhadoras como risco de contato com agentes biológicos presentes no processo de trabalho, como vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários, com frequências de 94,0%, 82,5% e 50,5%, respectivamente. Da mesma forma, as exposições a fezes e urina (82,9%) e a secreções (79,0%) foram identificadas pela maioria das respondentes, Figura 13.

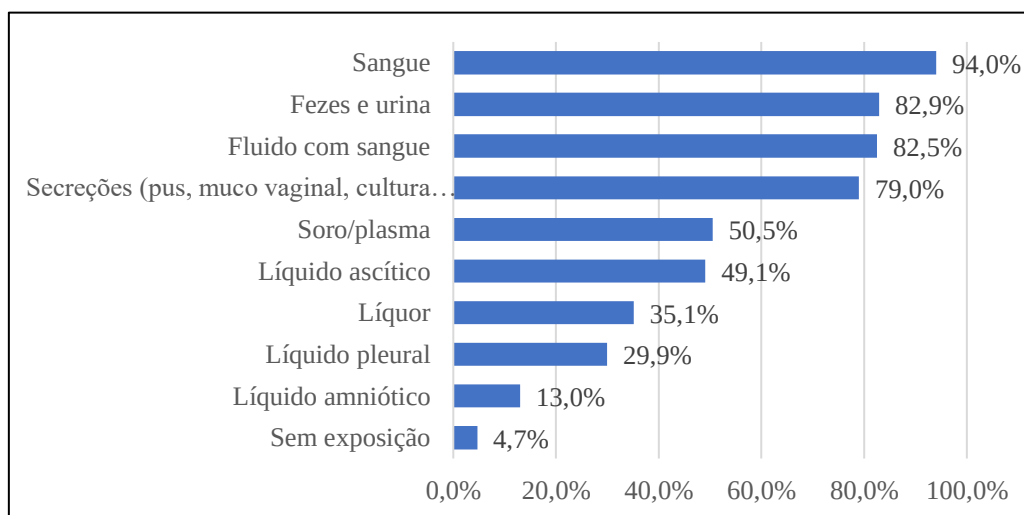


FIGURA 13 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção da exposição a materiais biológicos, potencialmente contaminados por patógenos (n=488)

Nota: * uma mesma profissional pôde identificar mais de um tipo de agente biológico.

A despeito da faixa etária, os materiais biológicos mais percebidos foram sangue, fluido com sangue, secreções e fezes/urina, com percentuais acima de 78,0%. O sangue obteve percentuais acima de 90,0%. O líquido amniótico foi o material biológico com menor percepção nas 3 faixas etárias (10,0 a 15,0%). As trabalhadoras com 32 a 38 anos (7,0%) foram as com maior percentual de não exposição a esses materiais, seguidas por aquelas da faixa de 39 a 45 anos (3,7%), Tabela 36.

Materiais como sangue, fluido com sangue, secreções e fezes/urina foram os mais percebidos em todos os setores de trabalho, com percentuais acima de 70,0%, destacando-se o setor de Terapia Intensiva com percentuais acima de 94,0%. Sangue foi o único material biológico com mais de 90,0% em todos os setores. As trabalhadoras que não declararam o setor de trabalho e as dos setores Ambulatorial e de Urgência foram as que se destacaram ao declararem a ausência de exposição, com percentuais de 40,0%, 6,4% e 3,7%, respectivamente. Ainda, entre as que não declararam o setor, sangue e fluido foram percebidos pela maioria (60,0%).

Quanto à faixa de tempo na atividade, sangue, fluido com sangue, secreções e fezes/urina foram, também, os materiais mais percebidos pelas trabalhadoras de todas as faixas, com percentuais acima de 65,0%. As trabalhadoras com 3 a 4 anos foram as que mais se declararam sem exposição a esses materiais (17,4%).

As auxiliares e técnicas de enfermagem, em comparação com as enfermeiras e médicas, se destacaram ao reconhecer sangue (97,6%), fluido com sangue (88,3%) e fezes e urina (90,3%) como materiais biológicos com risco de exposição em seus ambientes de trabalho. Já as enfermeiras, em comparação com as demais categorias, se destacaram na percepção de líquido (40,1%), líquido pleural (37,4%), líquido ascítico (52,9%) e secreções (81,8%). As médicas se destacaram na identificação do líquido amniótico (20,0%) e soro/plasma (56,5%) e foram as com maior percentual de não exposição (8,2%), seguidas pelas enfermeiras (7,0%).

Quanto ao tipo de vínculo, as trabalhadoras celetistas (empregado público) tiveram os maiores percentuais de identificação de riscos biológicos, com exceção da exposição a líquido amniótico e líquido que foram praticamente iguais entre os dois tipos de vínculo. Atingiram valores acima de 50%, os seguintes percentuais entre as celetistas: sangue (94,2%), fluido com sangue (83,2%), soro/plasma (51,5%), líquido ascítico (50,3%), secreções (79,0%) e fezes/urina (83,9%). Os maiores percentuais entre as servidoras públicas estatutárias foram de sangue (90,9%), fluido com sangue (75,0%), secreções (75,0%) e fezes/urina (72,7%). Não houve diferença significativa entre as estatutárias e celetistas quanto à não exposição, 4,5% e 4,9%, respectivamente.

TABELA 36 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a materiais biológicos por faixa etária, setor de atividade, categoria profissional e vínculo de emprego.

Material biológico		Faixa etária (n= 485)			Setor de Atividade* (n= 485)					Tempo na atividade (n= 484)				CBO (n= 478)			Vínculo (n= 473)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Sangue	fabs	30	171	255	259	52	103	54	3	10	21	19	405	201	173	76	40	404
	%	100,0	91,9	94,8	91,8	96,3	99,0	98,2	60,0	100,0	100,0	82,6	94,2	97,6	92,5	89,4	90,9	94,2
Líquido amniótico	fabs	3	19	41	34	14	16	4	0	4	6	4	48	24	21	17	6	57
	%	10,0	10,2	15,2	12,1	25,9	15,4	7,3	0,0	40,0	28,6	17,4	11,2	11,7	11,2	20,2	13,6	13,3
Líquor	fabs	8	63	99	80	16	59	17	1	2	5	5	157	63	75	31	16	151
	%	26,7	33,9	36,8	28,4	29,6	56,7	30,9	20,0	20,0	23,8	21,7	36,5	30,6	40,1	36,5	36,4	35,2
Fluido com sangue	fabs	25	154	221	216	47	99	45	3	9	18	16	356	182	154	59	33	357
	%	83,3	82,8	82,2	76,6	87,0	95,2	81,8	60,0	90,0	85,7	69,6	82,8	88,3	82,4	69,4	75,0	83,2
Líquido pleural	fabs	4	55	86	54	15	67	12	0	4	4	1	136	48	70	26	12	131
	%	13,3	29,6	32,0	19,1	27,8	64,4	21,8	0,0	40,0	19,0	4,3	31,6	23,3	37,4	30,6	27,3	30,5
Soro/plasma	fabs	12	94	139	107	31	80	35	1	3	9	9	223	95	100	48	16	221
	%	40,0	50,5	51,7	37,9	57,4	76,9	63,6	20,0	30,0	42,9	39,1	51,9	46,1	53,5	56,5	36,4	51,5
Líquido ascítico	fabs	14	95	129	105	29	84	23	2	4	11	5	218	102	99	35	19	216
	%	46,7	51,1	48,0	37,2	53,7	80,8	41,8	40,0	40,0	52,4	21,7	50,7	49,5	52,9	41,2	43,2	50,3
Secreções	fabs	25	148	210	206	48	98	43	2	8	16	16	342	165	153	62	33	339
	%	83,3	79,6	78,1	73,0	88,9	94,2	78,2	40,0	80,0	76,2	69,6	79,5	80,1	81,8	72,9	75,0	79,0
Fezes e urina	fabs	25	153	224	218	40	102	50	2	9	16	15	361	186	163	48	32	360
	%	83,3	82,3	83,3	77,3	74,1	98,1	90,9	40,0	90,0	76,2	65,2	84,0	90,3	67,2	56,5	72,7	83,9
	fabs	0	13	10	18	2	1	0	2	0	1	4	18	2	13	7	2	21

Material biológico		Faixa etária (n= 485)			Setor de Atividade* (n= 485)					Tempo na atividade (n= 484)				CBO (n= 478)			Vínculo (n= 473)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Sem exposição	%	0,0	7,0	3,7	6,4	3,7	1,0	0,0	40,0	0,0	4,8	17,4	4,2	1,0	7,0	8,2	4,5	4,9
Total geral	fabs	30	186	269	282	54	104	55	5	10	21	23	430	206	187	85	44	429

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação. *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

3.2.3.2. Riscos químicos

As trabalhadoras que identificaram a exposição às drogas antineoplásicas como risco ocupacional foram 54,2% das respondentes, Figura 14. Em seguida, os agentes desinfetantes e esterilizantes foram os mais identificados, totalizando 42,4% das respondentes. Não menos importante, apesar do baixo percentual (7,1%), foi a identificação dos produtos químicos radioativos como riscos no processo de trabalho.

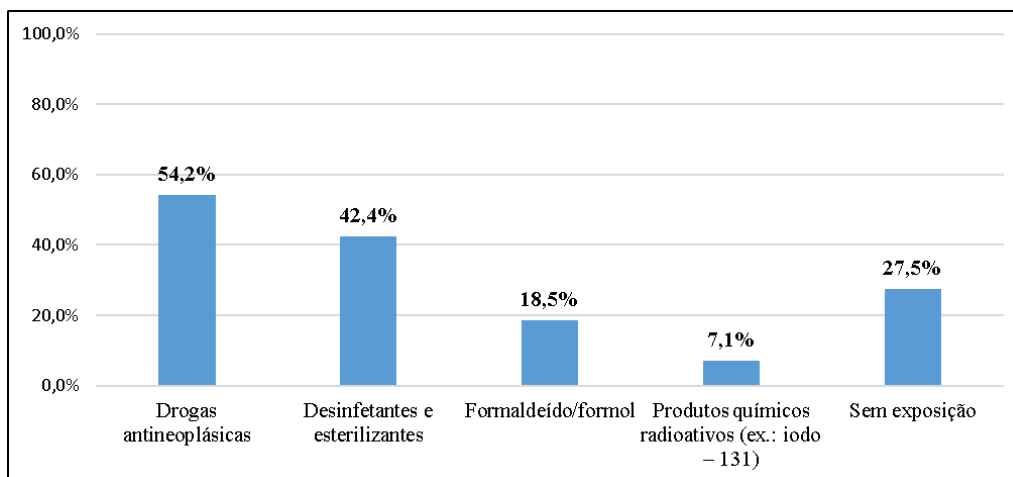


FIGURA 14 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a riscos químicos (n=488)

Nota: * uma mesma profissional pôde identificar mais de um tipo de agente químico.

No geral, entre as trabalhadoras que perceberam pelo menos um dos riscos químicos, o percentual de trabalhadoras na faixa etária de 39 a 45 anos (42,8%) foi o maior. A distribuição percentual da percepção dos riscos cresceu com o aumento da faixa etária, mas com ligeira oscilação negativa na faixa etária de 32 a 38 anos, quanto aos desinfetantes e esterilizantes (37,6%). Os produtos mais percebidos em todas as faixas etárias foram drogas antineoplásicas (46,7 a 58,8%) e desinfetantes e esterilizantes (45,1 a 46,7 %). Os menos percebidos foram formaldeído/formol e produtos químicos radioativos usados em radioterapia, com percentuais entre 6,7 e 22,6%. Os percentuais de não exposição foram expressivos, entre 22,6 e 36,7%, e diminuíram com a idade, Tabela 37.

As trabalhadoras com 1 a 2 anos e 5 ou mais anos na atividade apresentaram os maiores percentuais de percepção dos produtos químicos, exceto produtos químicos radioativos que foi maior entre aquelas com menos de 1 ano na atividade (11,1%). As drogas antineoplásicas foram percebidas em todas as faixas de tempo na atividade, sendo maior na faixa de 5 ou mais anos (56,8%). O formaldeído/formol só foi percebido a partir da faixa de 1 a 2 anos (23,8%), com percentuais de 18,2% e 18,7% nas faixas de 3 a 4 anos e 5 ou mais anos, respectivamente. Os percentuais de não exposição foram significativos, chegando a

77,8% entre as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade e a 50,0 % entre as com 3 a 4 anos.

Quando ao setor de atividade, as drogas antineoplásicas, com exceção do setor de Urgência (28,8%), foram os agentes mais percebidos pelas trabalhadoras, sobretudo nos setores de Oncologia (92,7%) e de Terapia Intensiva (71,0%). Em seguida, destacaram-se os desinfetantes e esterilizantes com os seguintes percentuais: 58,0% (STI); 42,3% (SU); 38,4% (SA) e 27,3% (SO). Formaldeído/formol foi o terceiro agente, no geral, mais percebido pelas trabalhadoras nos setores Ambulatorial (22,4%), de Urgência (23,1%) e de Terapia Intensiva (13,0%). Produtos químicos radioativos foram mais percebidos por trabalhadoras dos setores de Oncologia (10,9%) e de Terapia Intensiva (10,0%).

Entre as trabalhadoras que não relataram o setor, drogas antineoplásicas (20,0%) e desinfetantes e esterilizantes (40,0%) foram os únicos agentes percebidos. Os percentuais de não exposição foram maiores nos setores de Urgência (44,2%) e Ambulatorial (34,7%), e entre as que não declararam o setor de trabalho (40,0%).

A equipe de enfermagem (AE/TE/E) apresentou os maiores percentuais de identificação dos riscos químicos por categoria, com destaque para as enfermeiras que só não tiveram percentual mais elevado para produtos químicos radioativos (7,3%). As médicas foram as que menos reconheceram esses riscos e as que mais relataram a não exposição (54,8%).

As trabalhadoras celetistas tiveram os maiores percentuais de reconhecimento dos agentes químicos, exceto formaldeído (17,8%). O não reconhecimento da exposição aos agentes químicos citados foi semelhante entre os 2 tipos de vínculos de emprego (27,3% e 28,0%). Os dois produtos mais percebidos nos ambientes de trabalho, a despeito do vínculo, foram drogas antineoplásicas (40,9% e 55,5%) e desinfetantes e esterilizantes (38,6% e 42,8%).

TABELA 37 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a riscos químicos por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego

Agente químico		Faixa etária (n= 465)			Setor de atividade* (n= 465)					Tempo na atividade (n= 464)				CBO (n= 459)			Vínculo (n= 455)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Drogas antineoplásicas	fabs	14	87	151	119	15	71	51	1	1	10	6	234	110	126	14	18	228
	%	46,7	48,9	58,8	44,4	28,8	71,0	92,7	20,0	11,1	47,6	27,3	56,8	57,6	68,5	16,7	40,9	55,5
Formaldeído/formol	fabs	2	26	58	60	12	13	4	0	0	5	4	77	32	39	14	13	73
	%	6,7	14,6	22,6	22,4	23,1	13,0	7,3	0,0	0,0	23,8	18,2	18,7	16,8	21,2	16,7	29,5	17,8
Desinfetantes e esterilizantes	fabs	14	67	116	103	22	58	15	2	0	10	3	184	82	89	24	17	176
	%	46,7	37,6	45,1	38,4	42,3	58,0	27,3	40,0	0,0	47,6	13,6	44,7	42,9	48,4	28,6	38,6	42,8
Produtos químicos radioativos usados em radioterapia	fabs	2	12	19	18	2	10	6	0	1	1	0	31	17	14	1	3	30
	%	6,7	6,7	7,4	6,7	3,8	10,0	10,9	0,0	11,1	4,8	0,0	7,5	8,9	7,6	1,2	6,8	7,3
Sem exposição	fabs	11	59	58	93	23	14	2	2	7	7	11	103	49	30	46	12	115
	%	36,7	33,1	22,6	34,7	44,2	14,0	3,6	40,0	77,8	33,3	50,0	25,0	25,7	16,3	54,8	27,3	28,0
Total geral	fabs	30	178	257	268	52	100	55	5	9	21	22	412	191	184	84	44	411

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação; *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

3.2.3.3. Risco físico

A radiação ionizante foi o único risco físico investigado nesse estudo e teve a menor percepção em termos percentuais de respondentes (36,5%), ao se comparar com os outros riscos estudados, Figura 15. As trabalhadoras da faixa etária de 39 a 45 anos (38,9%), foram as que mais perceberam o risco de exposição à radiação ionizante, contudo a percepção não foi muito diferente nas outras faixas etárias. O setor onde as trabalhadoras mais perceberam esse risco foi o setor de terapia intensiva (75,2%), e entre aquelas que não informaram o setor de trabalho (60,0%), Tabela 38.

Quanto ao tempo na atividade, a percepção foi maior entre aquelas com 1 a 2 anos (47,6%) e com 5 ou mais anos (38,4%). As categorias que mais perceberam o risco foram as enfermeiras (45,6%) e médicas (41,2%). E por tipo de vínculo, as celetistas tiveram maior percentual (38,6%).

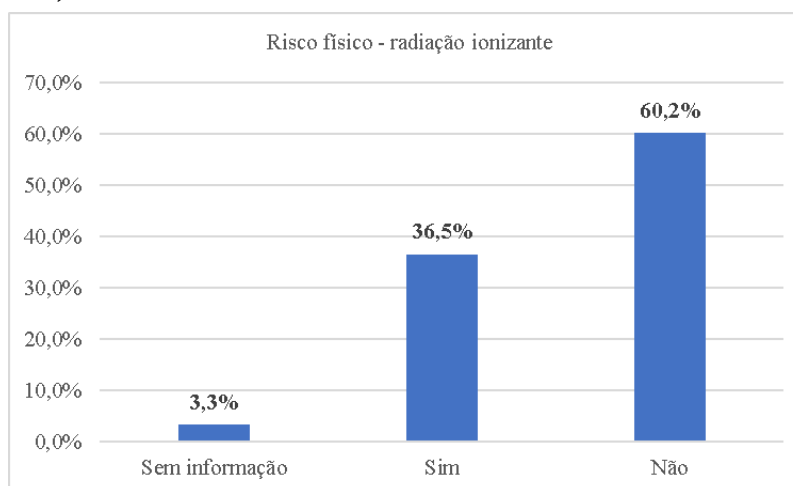


FIGURA 15 - Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição à radiação ionizante

TABELA 38 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição à radiação ionizada por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego (n=488)

Risco físico			Faixa etária (n= 472)			Setor de atividade* (n= 472)					Tempo na atividade (n= 471)				CBO (n= 472)			Vínculo (n= 460)	
			18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Radiação ionizante	Sim	fabs	11	65	102	71	21	76	14	3	3	10	5	160	58	83	35	13	161
		%	36,7	36,1	38,9	25,8	39,6	75,2	26,4	60,0	30,0	47,6	21,7	38,4	29,9	45,6	41,2	30,2	38,6
	Não	fabs	19	115	160	204	32	25	39	2	7	11	18	257	140	99	50	30	256
		%	63,3	63,9	61,1	74,2	60,4	24,8	73,6	40,0	70,0	52,4	78,3	61,6	70,7	54,4	58,8	69,8	61,4
Total geral		fabs	30	180	262	275	53	101	53	5	10	21	23	417	198	182	85	43	417

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação; *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

3.2.3.4. Riscos biomecânicos e de acidentes

Os longos períodos em pé, o levantamento de objetos pesados e procedimentos com pacientes foram os principais fatores de esforço físico destacados, chegando a mais de 75,0% das respondentes. Já a flexão prolongada de coluna foi identificada por 56,1% e outras posturas extremas ou nocivas por 47,0%, Figura 16.

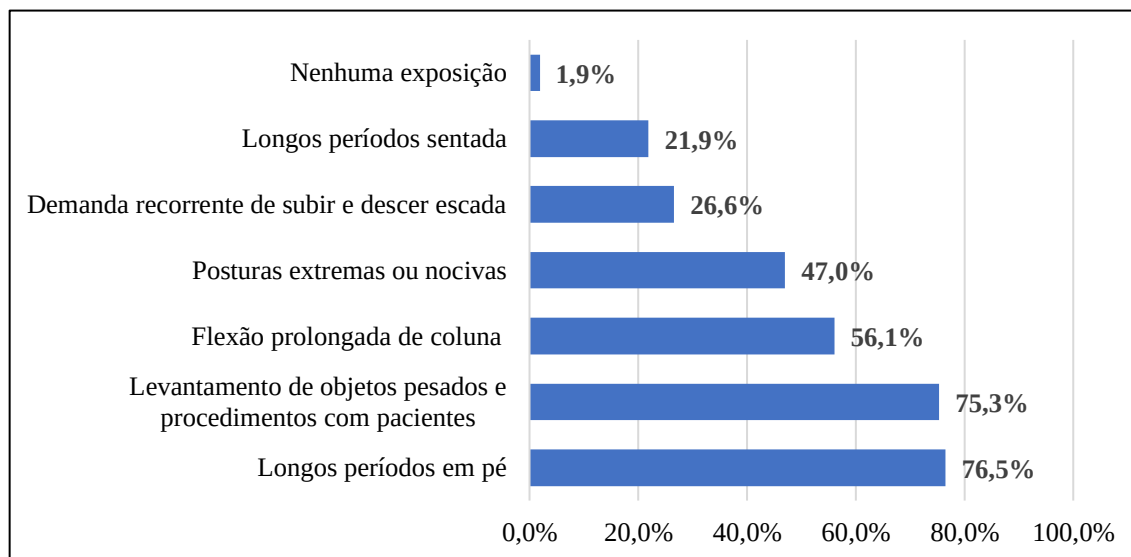


FIGURA 16 – Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção da exposição a fatores de esforço físico (n=488)

Nota: * uma mesma profissional pôde identificar mais de um tipo de fator de esforço físico.

Considerando as trabalhadoras que perceberam pelo menos um dos fatores de esforço físico em seu ambiente de trabalho, os maiores percentuais foram de trabalhadoras das faixas etárias de 32 a 38 anos (38,1%) e 39 a 45 anos (54,0%). Os três fatores mais percebidos em todas as idades foram longos períodos em pé (75,3% a 83,3%), e levantamento de objetos pesados/procedimentos com pacientes e flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada, com percentuais nas casas dos 70,0% e 50,0%, respectivamente.

Entre as trabalhadoras de 18 a 31 anos, o maior percentual foi de longos períodos em pé (83,3%) e nas demais faixas foram longos períodos em pé e levantamento de objetos pesados/procedimentos com pacientes, com percentuais acima de 73,0%. O percentual de não exposição oscilou entre 2,6% e 5%, sendo maior na faixa etária de 32 a 38 anos, Tabela 39.

Os três fatores de esforço físico mais percebidos nos setores de trabalho, no geral e internamente, foram longos períodos em pé (acima de 71,0%), levantamento de objetos pesados/procedimentos com pacientes (acima de 73,0%) e flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada (a partir de 50,0%). O setor de Terapia

Intensiva teve os maiores percentuais desses três fatores, sendo 91,3%; 84,5% e 66,0%, respectivamente. Os percentuais de fatores percebidos pelas trabalhadoras que não relataram o setor de trabalho foram de 50,0%, com exceção do fator demanda recorrente de subir e descer escada que não foi percebido. Os percentuais de não exposição a esses fatores foram baixos, não ultrapassando 3,6%.

O reconhecimento desses fatores de risco oscilou entre as diversas faixas de tempo de serviço. Todas as trabalhadoras com menos de 1 ano relataram exposição a algum tipo de fator de esforço físico, e aquelas com 3 a 4 anos (8,7%) e 1 a 2 anos (4,8%) foram as com maiores percentuais de não exposição.

O levantamento de objetos pesados e procedimentos com pacientes foi mais identificado por trabalhadoras com 1 a 2 anos (81,0%) e 5 ou mais anos (76,7%). As posturas extremas ou nocivas foram mais percebidas por trabalhadoras com 5 ou mais anos (47,9%) e 1 a 2 anos (47,6%). Longos períodos em pé por aquelas com menos de 1 ano (80,0%) e 5 ou mais anos (78,1%). As trabalhadoras com 3 a 4 anos (43,5%) e 5 ou mais anos (21,2%) foram as que mais perceberam os longos períodos sentadas. A flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada foi mais identificada por aquelas com 5 ou mais anos (57,9%) e 1 a 2 anos (47,6%). Já a demanda recorrente de subir e descer escada teve maiores percentuais entre as com 3 a 4 anos (30,4%) e 5 ou mais anos de atividade (27,2%).

A equipe de enfermagem (AE/TE/E) foi a que mais percebeu os riscos de esforço físico no ambiente de trabalho, mas as AE/TE são as que mais referiram longos períodos em pé (80,0%). As enfermeiras, embora tenham referido longos períodos em pé (75,4%), também perceberam os longos períodos de trabalho sentado (27,8%). As médicas apresentaram os maiores percentuais de trabalho sentado por longos períodos (45,3%) e de demandas recorrentes de subir e descer escada (39,5%), e indicaram percentual elevado de trabalho prolongado em pé (62,8), contudo, novamente, foram as que tiveram maior percentual de não exposição aos fatores pesquisados (5,8%).

Todas as servidoras públicas estatutárias identificaram os riscos de esforço físico, enquanto 2,1% das celetistas não perceberam nenhum tipo de exposição a esses fatores. Por tipo de fator, houve pequena oscilação em termos percentuais entre os dois vínculos, exceto a flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada em que a diferença foi maior, sendo 43,2% para as servidoras estatutárias e 57,1% para as celetistas. Os dois fatores com maior percepção, a despeito do tipo de vínculo, foram levantamento de objetos pesados/procedimentos com pacientes e longos períodos em pé, ambos com percentuais na casa dos 70,0%.

TABELA 39 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a fatores de esforço físico por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego

Fatores de esforço físico		Faixa etária (n= 485)			Setor de Atividade* (n= 485)					Tempo na atividade (n= 484)				CBO (n= 478)			Vínculo (n= 473)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais	AE/TE	E	M	Estatutária	Celestia
Levantamento de objetos pesados e procedimentos com pacientes	fabs	22	137	206	207	37	87	41	3	5	17	12	330	174	154	33	31	326
	%	73,3	73,7	76,6	73,4	68,5	84,5	74,5	50,0	50,0	81,0	52,2	76,7	84,9	82,4	38,4	70,5	76,0
Posturas extremas ou nocivas	fabs	13	93	122	121	25	63	22	3	3	10	9	206	109	85	31	20	203
	%	43,3	50,0	45,4	42,9	46,3	61,2	40,0	50,0	30,0	47,6	39,1	47,9	53,2	45,5	36,0	45,5	47,3
Longos períodos em pé	fabs	25	140	206	202	41	94	42	3	8	13	13	336	172	141	54	35	327
	%	83,3	75,3	76,6	71,6	75,9	91,3	76,4	50,0	80,0	61,9	56,5	78,1	83,9	75,4	62,8	79,5	76,2
Longos períodos sentada	fabs	5	46	55	75	12	15	6	3	1	4	10	91	12	52	39	13	91
	%	16,7	24,7	20,4	26,6	22,2	14,6	10,9	50,0	10,0	19,0	43,5	21,2	5,9	27,8	45,3	29,5	21,2
Flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada	fabs	16	103	153	145	27	68	33	3	4	10	9	249	123	112	34	19	245
	%	53,3	55,4	56,9	51,4	50,0	66,0	60,0	50,0	40,0	47,6	39,1	57,9	60,0	59,9	39,5	43,2	57,1
Demanda recorrente de subir e descer escada	fabs	6	48	75	83	17	15	18	0	2	2	7	117	53	40	34	12	113
	%	20,0	25,8	27,9	29,4	31,5	14,6	32,7	0,0	20,0	9,5	30,4	27,2	25,9	21,4	39,5	27,3	26,3
Nenhuma exposição	fabs	1	1	7	6	1	2	2	0	0	1	2	6	1	3	5	0	9
	%	3,3	0,5	2,6	2,1	1,9	1,9	3,6	0,0	0,0	4,8	8,7	1,4	0,5	1,6	5,8	0,0	2,1
Total geral	fabs	30	186	269	282	54	103	55	6	10	21	23	430	205	187	86	44	429

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação; *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

Como fatores predisponentes a acidentes, a maioria das respondentes identificaram a disposição e mobiliários inadequados (62,2%), e as condições térmicas de calor e frio (60,9%). As ferramentas ou instrumentais inadequados e defeituosos foram identificados por 43,3% das trabalhadoras, Figura 17.

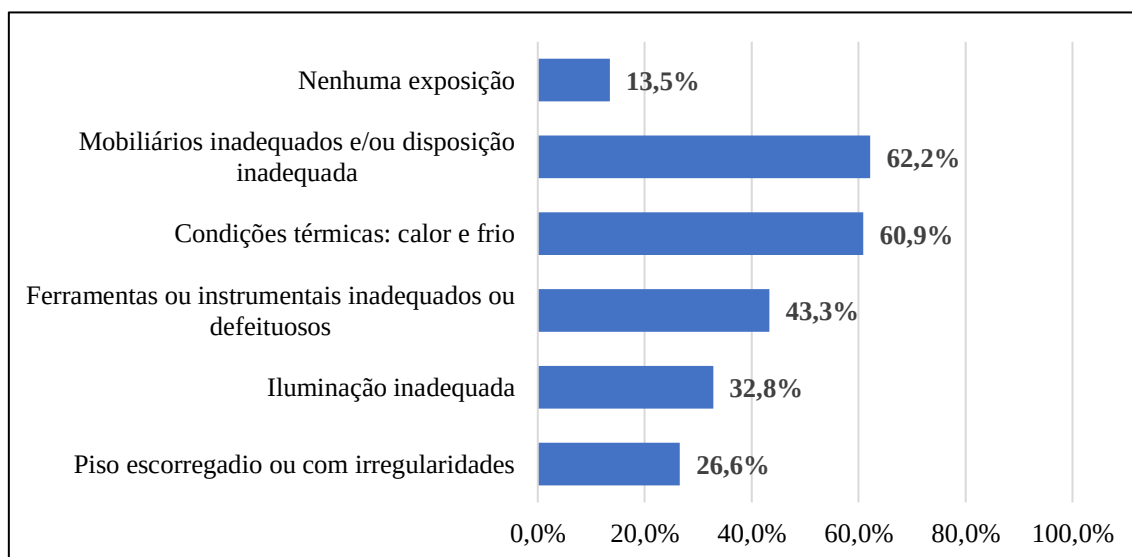


FIGURA 17 – Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção da exposição a fatores predisponentes a acidentes (n=488)

Nota: * uma mesma profissional pôde identificar mais de um tipo de fator predisponente a acidentes.

Ao se considerar as trabalhadoras que perceberam pelo menos um dos fatores predisponentes a acidentes, as faixas etárias que se sobressaíram foram a de 39 a 45 anos (49,4%) e de 32 a 38 anos (32,1%), Tabela 40.

Ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos foram mais percebidos pelas trabalhadoras com 18 a 31 anos, contudo a variação não foi grande entre as faixas etárias. Já o fator “Mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada” foi mais identificado pelas faixas de 32 a 38 anos (64,2%) e 39 a 45 anos (61,4%). A iluminação inadequada foi percebida por 34,8% da faixa etária de 39 a 45 anos e por 33,3% da faixa de 18 a 31 anos.

O percentual de piso escorregadio variou de 23,9% a 30,7% com destaque para a faixa de 32 a 38 anos. Mais de 60% das trabalhadoras, no geral e por faixa etária, identificaram as condições térmicas como fatores de risco no ambiente de trabalho. A não exposição a esses riscos foi maior entre as trabalhadoras com 18 a 31 anos (23,3%).

Os três fatores predisponentes a acidentes mais percebidos, a despeito do setor de trabalho, foram mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada (a partir de 50,0%),

condições térmicas (acima de 42,0%) e ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos (a partir de 37,0%).

As trabalhadoras do setor de Urgência foram as que mais perceberam os fatores de condições térmicas (69,8%), de mobiliários inadequado e/ou disposição inadequada (66,0%), de iluminação inadequada (41,5%) e de piso escorregadio (32,1%). Os setores com maiores percentuais de não exposição a esses fatores foram o de Oncologia (18,5%) e o ambulatorial (13,4%).

As trabalhadoras que não relataram o setor de trabalho perceberam mais o fator de mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada (50,0%) e, no geral, se destacaram em percentual de respondentes que se declararam sem exposição aos fatores predisponentes a acidentes estudados (25,0%).

As trabalhadoras com 5 ou mais anos na atividade compreendem 78,6% das respondentes que perceberam pelo menos um dos fatores predisponentes a acidentes. As que menos reconheceram esses fatores tinham menos de 1 ano na atividade (1,0%), seguidas pelas que tinham 1 a 2 anos (3,2%) e 3 a 4 anos (3,6%). Ferramentas ou instrumentos inadequados ou defeituosos tiveram maior percentual entre as trabalhadoras com 5 ou mais anos na atividade (45,3%).

O percentual de identificação de mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada foi maior entre as trabalhadoras com 3 a 4 anos (65,2%) e 5 ou mais anos (63,5%), o de iluminação inadequada entre as com 5 ou mais anos (33,7%), o de piso escorregadio ou com irregularidades entre as com 5 ou mais anos (27,9%) e o de condições térmicas entre as com 3 a 4 anos (69,6%). Entre as trabalhadoras que não identificaram nenhum desses riscos, 44,4% tinham menos de 1 ano na atividade.

Praticamente, todas as categorias profissionais tiveram a mesma percepção da iluminação inadequada, próximo de 32,0%. As ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos tiveram percentuais maiores nas categorias que compõem a equipe de enfermagem, sendo maior para as auxiliares e técnicas de enfermagem (47,5%). A maioria das trabalhadoras, a despeito da CBO, identificou os mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada, tendo as enfermeiras o maior percentual (68,5%).

As condições térmicas, calor e frio, foram o fator mais percebido entre as auxiliares e técnicas de enfermagem (62,5%) e médicas (62,4%). O fator com a menor percepção entre as categorias foi o piso escorregadio ou com irregularidades (24,9% a 30,6%). A não percepção da exposição aos fatores predisponentes a acidentes foi maior entre as auxiliares e técnicas de enfermagem (15,5%) e médicas (14,1%).

As trabalhadoras celetistas foram as que mais perceberam esses fatores de risco (78,0%), ao se considerar as que perceberam pelo menos um desses fatores. Entre as celetistas, os fatores com mais de 50% foram mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada (63,8%) e condições térmicas (60,2%). A identificação de piso escorregadio ou com irregularidades não teve grande diferença entre as celetistas (26,4%) e estatutárias (27,3%). O único fator acima de 50,0% entre as estatutárias foi o de condições térmicas (65,9%). O percentual de não exposição ficou abaixo de 16,0% nos dois tipos de vínculo.

TABELA 40 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a fatores predisponentes a acidentes por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego

Fatores predisponentes a acidentes		Faixa etária (n= 473)			Setor de Atividade* (n= 473)					Tempo na atividade (n= 472)				CBO (n= 466)			Vínculo (n= 461)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celestista
Ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos	fabs	14	75	116	121	24	47	20	0	3	6	6	190	95	77	28	17	183
	%	46,7	41,9	43,9	43,8	45,3	46,5	37,0	0,0	33,3	28,6	26,1	45,3	47,5	42,5	32,9	38,6	43,9
Mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada	fabs	17	115	162	178	35	64	27	2	2	11	15	266	113	124	51	21	266
	%	56,7	64,2	61,4	64,5	66,0	63,4	50,0	50,0	22,2	52,4	65,2	63,5	56,5	68,5	60,0	47,7	63,8
Iluminação inadequada	fabs	10	53	92	93	22	32	16	0	2	6	6	141	65	59	27	19	131
	%	33,3	29,6	34,8	33,7	41,5	31,7	29,6	0,0	22,2	28,6	26,1	33,7	32,5	32,6	31,8	43,2	31,4
Piso escorregadio ou com irregularidades	fabs	8	55	63	78	17	24	11	1	0	5	4	117	52	45	26	12	110
	%	26,7	30,7	23,9	28,3	32,1	23,8	20,4	25,0	0,0	23,8	17,4	27,9	26,0	24,9	30,6	27,3	26,4
Condições térmicas: calor e frio	fabs	18	108	162	169	37	69	23	1	4	13	16	254	125	106	53	29	251
	%	60,0	60,3	61,4	61,2	69,8	68,3	42,6	25,0	44,4	61,9	69,6	60,6	62,5	58,6	62,4	65,9	60,2
Nenhuma exposição	fabs	7	27	30	37	5	11	10	1	4	6	6	48	31	20	12	7	56
	%	23,3	15,1	11,4	13,4	9,4	10,9	18,5	25,0	44,4	28,6	26,1	11,5	15,5	11,0	14,1	15,9	13,4
Total geral	fabs	30	179	264	276	53	101	54	4	9	21	23	419	200	181	85	44	417

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação; *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

3.2.3.5. Fatores de risco psicossociais

Dentre os fatores psicossociais com as maiores frequências de respondentes, destacaram-se os ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (54,2%), o trabalho em turno noturno (40,6%) e as relações interpessoais difíceis no trabalho (33,5%), todos interligados à organização do trabalho, Figura 18.

Ao se desagregar os fatores por setor de trabalho, os ritmos excessivos ou intensidade de trabalho foram percebidos por mais de 71,0% das trabalhadoras dos setores de Urgência e de Terapia Intensiva, diminuindo com o aumento da faixa etária e oscilando entre as faixas de tempo na atividade, sendo mais percebido entre as trabalhadoras com 1 a 2 anos (60,0%). O trabalho noturno também teve seus maiores percentuais entre as trabalhadoras dos setores de Urgência (75,5%) e de Terapia Intensiva (50,5%), diminuindo com o aumento das faixas etárias e de tempo na atividade, Tabela 41.

Contudo, comparativamente aos fatores de risco psicossociais já citados, foram poucas as respondentes que identificaram as exigências exageradas de produtividade, a gestão não imparcial de pessoas e do trabalho, o trabalho em rodízio de turnos e o desrespeito às atribuições da carreira (16,0%); e o controle rígido de produtividade (10,8%) que, também, têm relação direta com a organização do trabalho e estão interligados. Somente 20,6% das trabalhadoras perceberam as múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais como fator que pode impactar negativamente a saúde e o trabalho.

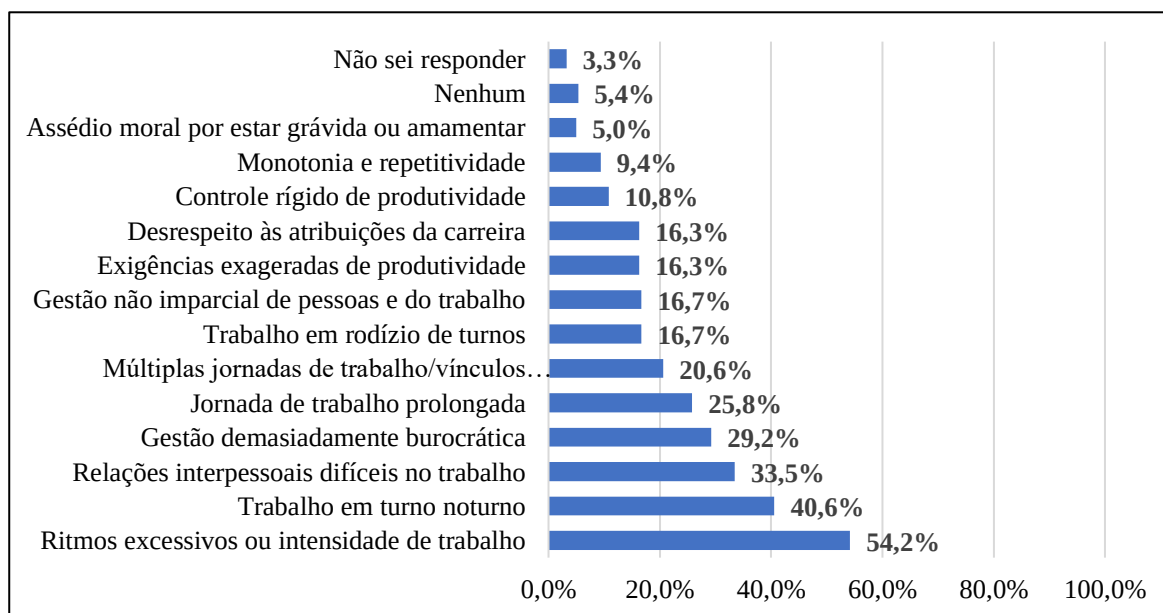


FIGURA 18 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção da exposição a fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho (n=488)

Nota: * uma mesma profissional pôde identificar mais de um tipo de fator psicossocial.

Dentre as trabalhadoras que perceberam pelo menos 1 dos riscos psicossociais pesquisados, as trabalhadoras com 39 a 45 anos foram as que mais perceberam os riscos (50%), seguidas pelas da faixa etária de 32 a 38 anos (36,0%). Contudo, essas foram as faixas com os maiores percentuais, ainda que pequenos, de inexistência ou não exposição a esses riscos, 6,4% e 4,3% respectivamente, Tabela 41. Quanto a não saber responder sobre os riscos psicossociais, as trabalhadoras com 18 a 31 anos (6,7%) tiveram o maior percentual, seguidas por aquelas da faixa de 39 a 45 anos (4,1%).

Na faixa etária de 18 a 31 anos, os riscos mais identificados foram os ritmos excessivos de intensidade de trabalho (63,3%) e trabalho em turno noturno (43,3%). Os menos percebidos foram a gestão não imparcial e desrespeito às atribuições da carreira (10,0%). Cabe ressaltar que nenhuma trabalhadora dessa faixa etária percebeu o assédio moral por estar grávida ou amamentar enquanto fator de risco, possivelmente, por não terem engravidado, conforme observado ao se desagregar esse fator de risco por faixa etária (18 a 24 anos) e experiência de gravidez.

Comparando as faixas etárias, a de 18 a 31 anos teve os maiores percentuais de percepção dos seguintes fatores: ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (63,3%), trabalho em turno noturno (43,3%), jornada de trabalho prolongada (33,3%), trabalho em rodízio de turnos (23,3%) e controle rígido de produtividade e monotonia/repetitividade (13,3% cada).

Na faixa etária de 32 a 38 anos, os fatores mais percebidos foram ritmos excessivos (57,6%), trabalho em turno noturno (42,4%) e relações interpessoais difíceis no trabalho (36,4%). Já os menos reconhecidos foram: assédio moral por estar grávida ou amamentar (5,4%), controle rígido de produtividade e monotonia/repetitividade (9,8% cada). Em comparação com as outras faixas, teve os maiores percentuais de percepção de relações interpessoais difíceis no trabalho (36,4%), gestão demasiadamente burocrática (31,5%), exigências exageradas de produtividade (19,6%), desrespeito às atribuições da carreira (17,4%) e assédio moral por estar grávida ou amamentar (5,4%).

Na faixa etária de 39 a 45 anos, os fatores mais percebidos foram os ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (50,8%), o trabalho em turno noturno (39,0%) e as relações interpessoais difíceis no trabalho (32,3%). Os riscos menos identificados foram assédio moral por estar grávida ou amamentar (4,9%), monotonia/repetitividade (8,6%) e controle rígido de produtividade (11,3%). Ao se comparar com as outras faixas etárias e por tipo de fator, seus maiores percentuais foram: múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais (21,1%) e gestão não imparcial de pessoas e do trabalho (18,0%).

No setor Ambulatorial, os fatores de risco psicossocial predominantes percebidos pelas trabalhadoras foram ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (47,1%), relações interpessoais difíceis no trabalho (35,3%), trabalho em turno noturno (33,8%) e gestão demasiadamente burocrática (32,0%). No setor de Urgência, os fatores psicossociais mais percebidos foram o trabalho em turno noturno (75,5%), ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (71,7%), relações interpessoais difíceis no trabalho (37,7%) e múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais (35,8%).

Os fatores mais percebidos pelas trabalhadoras no setor de Terapia Intensiva foram o ritmo excessivo (71,8%), trabalho em turno noturno (50,5%) e relações interpessoais difíceis no trabalho (37,9%). No setor de Oncologia, os fatores de ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (47,3%), trabalho em turno noturno (29,1%), trabalho em rodízio de turnos e exigências exageradas de produtividade (21,8%) foram os mais identificados pelas trabalhadoras.

Quanto àquelas que não declararam o setor de trabalho, os fatores mais percebidos foram trabalho em turno noturno, múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais, ritmos excessivos/intensidade de trabalho e monotonia/repetitividade (33,3% cada), e exigências exageradas de produtividade e gestão demasiadamente burocrática (16,7% cada). Já os outros fatores não foram percebidos por elas.

Os setores com maiores percentuais de não reconhecimento desses fatores foram o de Oncologia (12,7%) e o Ambulatorial (6,5%). Ressalta-se que em todos os setores houve trabalhadoras que não souberam responder sobre os fatores psicossociais, mesmo que em baixos percentuais (1,9% a 4,3%).

As trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade perceberam mais os riscos de trabalho em turno noturno (66,7%), ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (44,4%), jornada de trabalho prolongada e múltiplas jornadas de trabalho (33,3%). Não houve identificação dos seguintes fatores por essas trabalhadoras: controle rígido de produtividade, monotonia e repetitividade, gestão demasiadamente burocrática, gestão imparcial de pessoas e do trabalho, desrespeito às atribuições da carreira e assédio moral por estar grávida ou amamentar. Em comparação com as outras faixas de tempo na atividade, as trabalhadoras com menos de 1 ano perceberam mais o trabalho em turno noturno (66,7%), a jornada de trabalho prolongada e as múltiplas jornadas de trabalho (33,3% cada) e o trabalho em rodízio de turnos (22,2%).

O trabalho noturno (65,0%), os ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (60,0%), a gestão demasiadamente burocrática e a jornada de trabalho prolongada (25,0% cada) foram os fatores de riscos mais percebidos pelas trabalhadoras com 1 a 2 anos na

atividade. Não houve percepção para o assédio moral por estar grávida ou amamentar. Já o controle rígido de produtividade e o desrespeito às atribuições da carreira foram percebidos por somente 5,0% dessas trabalhadoras. Em comparação com as outras faixas de tempo na atividade, elas foram as que mais perceberam os ritmos excessivos como fator de risco psicossocial, além de terem tido outros percentuais também expressivos, embora não os maiores: trabalho em turno noturno (65,0%), trabalho em rodízio de turnos (20,0%), controle rígido de produtividade (5,0%), monotonia/repetitividade (10,0%), relações interpessoais difíceis no trabalho e gestão não imparcial de pessoas e do trabalho (15,0%).

Os fatores de risco mais percebidos pelas trabalhadoras com 3 a 4 anos na atividade foram o trabalho em turno noturno e gestão demasiadamente burocrática (43,5% cada), seguidos pelos ritmos excessivos (34,8%) e múltiplas jornadas de trabalho (30,4%). Elas não reconheceram o assédio moral por estar grávida ou amamentar, e o menor percentual de percepção foi de 4,3% para gestão não imparcial de pessoas e do trabalho, e para o controle rígido de produtividade. Essas trabalhadoras tiveram uma maior percepção, em termos percentuais de respondentes, da monotonia e repetitividade (26,1%), gestão demasiadamente burocrática (43,5%) e desrespeito às atribuições da carreira (17,4%), quando comparadas às de outras faixas de tempo na atividade.

Os ritmos excessivos de trabalho (55,0%), o trabalho em turno noturno (38,6%) e as relações interpessoais difíceis no trabalho (35,8%) foram os fatores psicossociais mais identificados entre as trabalhadoras com 5 ou mais anos na atividade. Os menos percebidos foram monotonia/repetitividade (8,7%) e assédio moral por estar grávida ou amamentar (5,4%). Comparando com as demais trabalhadoras, as com 5 ou mais anos na atividade se destacaram na percepção das relações interpessoais difíceis no trabalho (35,8%), nas exigências exageradas de produtividade (17,1%), na gestão não imparcial de pessoas e trabalho (17,3%), no controle rígido de produtividade (11,7%) e no assédio moral por estar grávida ou amamentar (5,4%). Ressalta-se que quanto ao assédio, essas trabalhadoras foram as únicas a reconhecê-lo como fator de risco psicossocial.

As trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade foram as com maior percentual de não reconhecimento dos fatores de risco psicossociais (11,1%), seguidas por aquelas com 3 a 4 anos (8,7%), que, também, foram as que menos souberam responder (8,7%) sobre eles.

Entre as várias categorias profissionais, os dois fatores comuns com maiores percentuais de percepção foram o trabalho em turno noturno, com percentuais entre 37,5% e 45,3%, e ritmos excessivos ou intensidade do trabalho, com percentuais entre 48,8% e 62,5%. Os com os menores percentuais comuns a todas as categorias foram o assédio moral

por estar grávida ou amamentar, com percentuais entre 3,8% e 8,1%, e monotonia e repetitividade (8,1% a 9,4%).

Dentre as trabalhadoras que identificaram pelo menos um dos fatores de risco psicossociais, as que fazem parte da equipe de enfermagem obtiveram os maiores percentuais, ou seja, 38,0% das respondentes eram auxiliares e técnicas de enfermagem, e 36,2% enfermeiras. Comparando as categorias entre si, as auxiliares e técnicas de enfermagem foram as que se destacaram no não reconhecimento desses fatores (6,4%) e por não saberem responder (5,4%). Entre as médicas, 4,7% não reconheceram os riscos psicossociais investigados.

Os fatores mais identificados pelas auxiliares e técnicas de enfermagem foram os ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (49,3%), o trabalho em turno noturno (41,9%) e as relações interpessoais difíceis no trabalho (27,6%). Os menos identificados foram o assédio moral por estar grávida ou amamentar (4,4%), controle rígido de produtividade e monotonia/repetitividade (9,4%), e trabalho em rodízio de turnos (9,9%). Em relação às outras categorias profissionais, elas se destacaram ao reconhecerem a monotonia/repetitividade como fator de risco.

As enfermeiras, internamente à categoria, tiveram os seguintes maiores percentuais de respondentes quanto aos seguintes fatores psicossociais: ritmos excessivos ou intensidade do trabalho (62,5%), relações interpessoais difíceis no trabalho (42,4%), trabalho em turno noturno (37,5%) e gestão demasiadamente burocrática (35,9%). Os fatores menos identificados por elas foram assédio moral por estar grávida ou amamentar (3,8%), monotonia/repetitividade (9,2%) e controle rígido de produtividade (13,0%). Em comparação com as demais categorias, tiveram os maiores percentuais de ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (62,5%), relações interpessoais difíceis no trabalho (42,4%), exigências exageradas de produtividade (19,0%), controle rígido de produtividade (13,0%) e gestão não imparcial de pessoas e do trabalho (17,4%).

Internamente à categoria, as médicas perceberam mais os seguintes fatores: ritmos excessivos/intensidade de trabalho e gestão demasiadamente burocrática (48,8%), múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais (46,5%) e trabalho em turno noturno (45,3%). Os menos percebidos foram a monotonia/repetitividade e o assédio moral por estar grávida ou amamentar ((8,1% cada), e o controle rígido de produtividade (9,3%). Em relação às outras categorias, as médicas perceberam mais a gestão demasiadamente burocrática (48,8%), as múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais (46,5%), o trabalho em turno noturno (45,3%), o trabalho em rodízio de turnos (31,4%), a jornada de trabalho

prolongada (30,2%), o desrespeito às atribuições da carreira (20,9%) e o assédio moral por estar grávida ou amamentar (8,1%).

Os três fatores psicossociais mais percebidos pelas servidoras públicas estatutárias foram ritmos excessivos de trabalho (59,1%), o trabalho em turno noturno (43,2%) e jornadas de trabalho prolongadas (31,8%). Já as celetistas perceberam mais os ritmos excessivos (54,0%), o trabalho em turno noturno (39,9%) e as relações interpessoais difíceis no trabalho (34,0%). Os 3 riscos menos percebidos por trabalhadoras de ambos os vínculos foram: assédio moral por estar grávida ou amamentar (estatutárias – 6,8%; celetistas – 4,5%), monotonia/repetitividade (estatutárias – 9,1%; celetistas – 9,2%) e controle rígido de produtividade (estatutárias – 15,9%; celetistas – 10,6%).

TABELA 41 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção da exposição a fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego

Fatores de risco psicossocial		Faixa etária (n= 480)			Setor de Atividade* (n= 480)					Tempo na atividade (n= 479)				CBO (n= 473)			Vínculo (n= 468)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Trabalho em turno noturno	fabs	13	78	104	94	40	52	16	2	6	13	10	165	85	69	39	19	169
	%	43,3	42,4	39,1	33,8	75,5	50,5	29,1	33,3	66,7	65,0	43,5	38,6	41,9	37,5	45,3	43,2	39,9
Trabalho em rodízio de turnos	fabs	7	32	41	43	10	22	12	0	2	4	4	70	20	31	27	7	73
	%	23,3	17,4	15,4	15,5	18,9	21,4	21,8	0,0	22,2	20,0	17,4	16,4	9,9	16,8	31,4	15,9	17,2
Jornada de trabalho prolongada	fabs	10	46	68	69	17	35	9	0	3	5	4	112	45	51	26	14	110
	%	33,3	25,0	25,6	24,8	32,1	34,0	16,4	0,0	33,3	25,0	17,4	26,2	22,2	27,7	30,2	31,8	25,9
Múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais	fabs	6	37	56	56	19	24	7	2	3	3	7	86	26	29	40	11	86
	%	20,0	20,1	21,1	20,1	35,8	23,3	12,7	33,3	33,3	15,0	30,4	20,1	12,8	15,8	46,5	25,0	20,3
Controle rígido de produtividade	fabs	4	18	30	28	9	14	4	0	0	1	1	50	19	24	8	7	45
	%	13,3	9,8	11,3	10,1	17,0	13,6	7,3	0,0	0,0	5,0	4,3	11,7	9,4	13,0	9,3	15,9	10,6
Ritmos excessivos ou intensidade de trabalho	fabs	19	106	135	131	38	74	26	2	4	12	8	235	100	115	42	26	229
	%	63,3	57,6	50,8	47,1	71,7	71,8	47,3	33,3	44,4	60,0	34,8	55,0	49,3	62,5	48,8	59,1	54,0
Monotonia e repetitividade	fabs	4	18	23	33	4	5	3	2	0	2	6	37	19	17	7	4	39
	%	13,3	9,8	8,6	11,9	7,5	4,9	5,5	33,3	0,0	10,0	26,1	8,7	9,4	9,2	8,1	9,1	9,2
Exigências exageradas de produtividade	fabs	5	36	37	41	11	17	12	1	1	2	2	73	31	35	11	8	70
	%	16,7	19,6	13,9	14,7	20,8	16,5	21,8	16,7	11,1	10,0	8,7	17,1	15,3	19,0	12,8	18,2	16,5

Fatores de risco psicossocial		Faixa etária (n= 480)			Setor de Atividade* (n= 480)					Tempo na atividade (n= 479)				CBO (n= 473)			Vínculo (n= 468)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Gestão demasiadamente burocrática	fabs	8	58	74	89	17	32	8	1	0	5	10	124	27	66	42	8	127
	%	26,7	31,5	27,8	32,0	32,1	31,1	14,5	16,7	0,0	25,0	43,5	29,0	13,3	35,9	48,8	18,2	30,0
Relações interpessoais difíceis no trabalho	fabs	8	67	86	98	20	39	11	0	1	3	3	153	56	78	25	13	144
	%	26,7	36,4	32,3	35,3	37,7	37,9	20,0	0,0	11,1	15,0	13,0	35,8	27,6	42,4	29,1	29,5	34,0
Gestão não imparcial de pessoas e do trabalho	fabs	3	28	48	47	10	20	6	0	0	3	1	74	33	32	13	6	73
	%	10,0	15,2	18,0	16,9	18,9	19,4	10,9	0,0	0,0	15,0	4,3	17,3	16,3	17,4	15,1	13,6	17,2
Desrespeito às atribuições da carreira	fabs	3	32	41	48	13	15	7	0	0	1	4	70	31	25	18	8	63
	%	10,0	17,4	15,4	17,3	24,5	14,6	12,7	0,0	0,0	5,0	17,4	16,4	15,3	13,6	20,9	18,2	14,9
Assédio moral por estar grávida ou a amamentar)	fabs	0	10	13	14	4	4	3	0	0	0	0	23	9	7	7	3	19
	%	0,0	5,4	4,9	5,0	7,5	3,9	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	4,4	3,8	8,1	6,8	4,5
Nenhum	fabs	1	8	17	18	0	1	7	0	1	1	2	22	13	8	4	0	26
	%	3,3	4,3	6,4	6,5	0,0	1,0	12,7	0,0	11,1	5,0	8,7	5,2	6,4	4,3	4,7	0,0	6,1
Não sei responder	fabs	2	3	11	12	2	2	2	0	0	0	2	14	11	5	0	1	14
	%	6,7	1,6	4,1	4,3	3,8	1,9	3,6	0,0	0,0	0,0	8,7	3,3	5,4	2,7	0,0	2,3	3,3
Total geral	fabs	30	184	266	278	53	103	55	6	9	20	23	427	203	184	86	44	424

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação; *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

3.2.4. As trabalhadoras e a percepção dos agravos à saúde da gestante, conceito e feto, possivelmente relacionados ao ambiente de trabalho

Na análise geral dos dados sobre a percepção das trabalhadoras quanto à possibilidade de relação entre as condições de trabalho e certos agravos à saúde do conceito, feto e gestante, notou-se que a percepção, em termos percentuais de respondentes, cresceu com o aumento da idade, chegando a 41,6% entre aquelas com 39 a 45 anos. As trabalhadoras do setor ambulatorial (43,0%) foram as que mais perceberam os agravos e, também, as com 5 ou mais anos na atividade (71,3%). A equipe de enfermagem teve maior percepção que as médicas, com destaque para as auxiliares e técnicas de enfermagem (32,2%), e 69,0% das trabalhadoras que identificaram pelo menos um dos agravos pesquisados eram celetistas, Tabela 42.

Isso foi observado, também, quanto aos agravos ou ocorrências comuns na gravidez, que poderiam ser intensificados pelas condições de trabalho. Contudo, os percentuais foram relativamente maiores visto que chegaram a 52,3% das trabalhadoras na faixa etária de 39 a 45 anos, a 55,5% de trabalhadoras do setor Ambulatorial, a 85,0% daquelas com 5 ou mais anos na atividade, a 39,8% de auxiliares e técnicas de enfermagem, e a 83,8% de trabalhadoras com vínculo celetista.

TABELA 42 – Distribuição percentual das respondentes de acordo com a percepção de pelo menos um dos riscos ocupacionais por faixa etária, setor de atividade, categoria profissional e vínculo de emprego (n= 488)

Agravos		Faixa etária			Setor de Atividade*					Tempo na atividade				CBO			Vínculo	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celestista
Agravos à saúde da gestante e feto	fabs	20	161	203	210	47	92	44	3	5	16	14	348	157	155	68	37	337
	%	4,1	33,0	41,6	43,0	9,6	18,9	9,0	0,6	1,0	3,3	2,9	71,3	32,2	31,8	13,9	7,6	69,1
Agravos à saúde da gestante intensificados pelo trabalho	fabs	29	181	255	271	53	101	54	5	10	20	19	415	194	184	80	44	409
	%	5,9	37,1	52,3	55,5	10,9	20,7	11,1	1,0	2,0	4,1	3,9	85,0	39,8	37,7	16,4	9,0	83,8

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação; *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

3.2.4.1. Percepção dos agravos à saúde da gestante, conceito e feto, possivelmente relacionados às condições de trabalho.

Os Distúrbios Hipertensivos da Gravidez (DHG), pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional foram identificados por mais da metade das trabalhadoras que participaram da pesquisa como sendo possíveis desfechos à saúde da gestante, relacionados aos riscos presentes nos seus ambientes de trabalho ou em suas atividades. Quanto aos desfechos possíveis de acometer o conceito e o feto, os percentuais de respondentes foram acima de 50,0%, com exceção para o retardo de crescimento intrauterino (32,8%) e anomalia fetais (28,8%): parto pré-termo (65,0%), ameaça de aborto (63,5%), aborto espontâneo (52,9%) e retardo de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer (32,8%), Figura 19. Cabe ressaltar que 6,8% das trabalhadoras não concordaram com nenhuma opção de desfecho colocada, e 9,4% não souberam responder à questão.

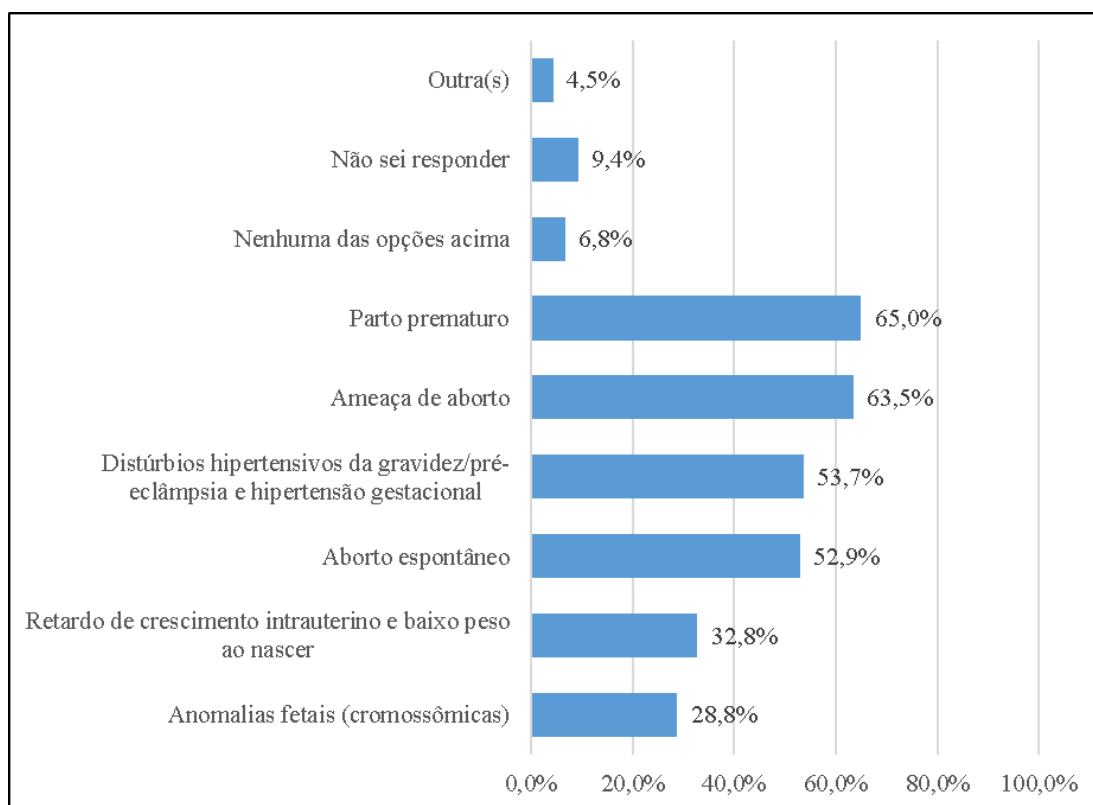


FIGURA 19 – Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção dos agravos à saúde da gestante e do feto relacionados ao ambiente de trabalho (n=488)

Nota: * uma mesma profissional pôde identificar mais de um tipo de agravo à saúde da gestante e ao feto

O aborto espontâneo, a ameaça de aborto e os distúrbios hipertensivos da gravidez foram os três mais percebidos, a despeito da faixa etária das trabalhadoras, Tabela 43. E os

menos percebidos, em percentuais de respondentes, foram anomalias fetais e retardo de crescimento intrauterino, este último exceto para as trabalhadoras com 18 a 31 anos (40,0%) por ter sido um de seus maiores percentuais. Ao se considerar as trabalhadoras que perceberam pelo menos um desses agravos e o número total de respondentes, ou seja, ao se excluir as que não perceberam nenhum dos agravos, que não souberam responder e que objetaram “Outra(s)”, as trabalhadoras com 39 a 45 anos (42,0%) foram as que mais perceberam tais agravos, como possivelmente relacionados ao trabalho, bem como não souberam responder (6,4%), e que indicaram a existência de outros agravos para além dos questionados (2,6%). As que menos perceberam a relação tinham de 18 a 31 anos (4,1%).

As trabalhadoras com 18 a 31 anos perceberam a possível relação desses agravos com o trabalho em percentuais entre 40,0% e 60%, exceto para anomalias fetais (23,3%). Comparando esta faixa etária com as demais, ela teve o maior percentual de percepção do retardo de crescimento intrauterino (40,0%).

Na faixa etária de 32 a 38 anos, os maiores percentuais encontrados foram para parto pré-termo (71,4%), ameaça de aborto (65,4%), distúrbios hipertensivos da gravidez (61,5%) e aborto espontâneo (59,3%), inclusive ao se comparar com as demais faixas etárias. As anomalias fetais (25,3%) e o retardo de crescimento intrauterino (33,5%) foram os menos percebidos por essas trabalhadoras.

As trabalhadoras com 39 a 45 anos perceberam mais a ameaça de aborto (63,8%), parto pré-termo (61,1%), aborto espontâneo (49,8%) e distúrbios hipertensivos da gravidez (49,4%). Entre os menos percebidos estão o retardo de crescimento intrauterino (31,5%) e as anomalias fetais (31,9%), cujo percentual foi maior, quando comparado com as outras faixas etárias.

Os agravos mais percebidos pelas trabalhadoras do setor ambulatorial foram parto pré-termo (60,0%), ameaça de aborto (59,5%), aborto espontâneo (51,3%) e distúrbios hipertensivos da gravidez (49,4%). No setor de Urgência, os agravos com percentuais acima de 50,0% foram a ameaça de aborto e parto pré-termo (ambos com 71,7%), distúrbios hipertensivos da gravidez (67,9%) e aborto espontâneo (58,5%). Entre as trabalhadoras do setor de Terapia Intensiva, o parto pré-termo (79,2%), a ameaça de aborto (73,3%), os distúrbios hipertensivos da gravidez (62,4%) e aborto espontâneo (56,4%) compreendem os agravos com maior percepção em termos percentuais de respondentes. No setor de oncologia, esses mesmos agravos tiveram os maiores percentuais sendo, 56,4%; 54,5%; 41,8% e 49,1%, respectivamente. Entre as trabalhadoras que não declararam o setor de trabalho, estes também foram os mais percebidos (33,3% a 50,0%), e anomalias fetais e retardo de crescimento intrauterino não foram identificados.

Esses agravos pesquisados não foram reconhecidos por parte das trabalhadoras: SA (8,6%), SU (7,5%), STI (4,0%), SO (1,8%), e, inclusive por aquelas que não declararam o setor de trabalho (33,3%). Quanto àquelas que não souberam responder, os maiores percentuais foram nos setores de Oncologia (18,2%) e Ambulatorial (10,0%). Já entre as que não declararam o setor de trabalho o percentual foi de 16,7%. A indicação de outros agravos foi maior no SA (6,3%) e no SO (5,5%).

Dentre as trabalhadoras que reconheceram um ou mais dos agravos elencados na questão, as com 5 ou mais anos na atividade foram as que mais reconheceram a possibilidade da relação desses agravos com o trabalho (72,2%). E as que menos perceberam a possibilidade dessa relação foram as com menos de 1 ano na atividade (1,1%) que, entre si, tiveram 10% de não percepção dessa relação de causalidade e 40% não souberam responder.

Ainda, entre as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade, o agravo mais percebido foi o retardo de crescimento intrauterino (40,0%), e os outros agravos tiveram o mesmo percentual (30%). Conjuntamente com as trabalhadoras com 1 a 2 anos na atividade, elas tiveram o maior percentual de percepção das anomalias fetais cromossômicas (30,0%).

As trabalhadoras com 1 a 2 anos na atividade tiveram as três seguintes maiores percepções de causalidade entre agravos e trabalho: parto pré-termo (65,0%), distúrbios hipertensivos da gravidez (60,0%) e retardo do crescimento intrauterino/baixo peso ao nascer (55,0%). Comparando-as com as respondentes das outras faixas de tempo na atividade, além das anomalias fetais (30,0%), embora sendo internamente o seu menor percentual, se destacaram também com as maiores percepções de retardo do crescimento intrauterino (55,0%) e distúrbios hipertensivos da gravidez (60,0%).

Na faixa etária de 3 a 4 anos na atividade, os três maiores percentuais foram de aborto espontâneo e ameaça de aborto (47,8%) e parto pré-termo (39,1%). Anomalias fetais (13,0%) e retardo de crescimento intrauterino (30,4%) foram os agravos com os menores percentuais.

As trabalhadoras com 5 ou mais anos na atividade perceberam mais os seguintes agravos: parto pré-termo (67,2%), ameaça de aborto (65,8%), distúrbios hipertensivos da gravidez (55,4%) e aborto espontâneo (54,2%). As menores percepções foram de anomalias fetais (29,6%) e retardo de crescimento intrauterino (31,6%). Essas respondentes, em comparação com as das outras faixas de tempo na atividade, tiveram percentuais maiores de percepção de ameaça de aborto (65,8%), parto pré-termo (67,2%) e aborto espontâneo (54,2%).

As médicas (14,3%) foram as que menos reconheceram a possibilidade de nexos causal entre esses agravos e o trabalho, ao se comparar as trabalhadoras que perceberam pelo

menos um dos agravos pesquisados. A equipe de enfermagem teve uma diferença percentual pequena entre as suas categorias: auxiliares e técnicas de enfermagem (33,1%) e enfermeiras (32,3%). As Auxiliares e técnicas de enfermagem foram as que internamente (12,4%) menos souberam responder sobre os agravos pesquisados, e as que mais reconheceram a existência de outros agravos (6,2%). Já as médicas foram as que tiveram o maior percentual de não percepção dos agravos (16,3%). As enfermeiras, juntamente com as médicas, foram as que menos indicaram outros agravos, perto de 3,0%. Os dois agravos comuns, mais reconhecidos pelas categorias, foram a ameaça de aborto e parto pré-termo, com percentuais na casa dos 60,0%.

A ameaça de aborto (62,4%), aborto espontâneo (57,2%) e distúrbios hipertensivos da gravidez (54,6%) foram os mais percebidos pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, enquanto anomalias fetais (28,9%) e o retardo de crescimento intrauterino (25,8%) foram os menos percebidos. Comparando-as com as enfermeiras e médicas, elas tiveram percentuais maiores de percepção do risco de aborto espontâneo (57,2%) e ameaça de aborto (64,9%).

Os agravos mais identificados pelas enfermeiras foram parto pré-termo (69,2%), ameaça de aborto (63,2%) e distúrbios hipertensivos da gravidez (55,5%). Os com menor percepção foram retardo de crescimento intrauterino (31,9%) e aborto espontâneo (51,1%). Entre as categorias, as enfermeiras tiveram percentual maior de parto pré-termo (69,2%), distúrbios hipertensivos da gravidez (55,5%) e anomalias fetais cromossômicas (29,1%).

Entre as médicas, os maiores percentuais foram de parto pré-termo (62,8%), ameaça de aborto (61,6%) e retardo de crescimento intrauterino (51,2%). A menor percepção entre elas foi de anomalias fetais (27,9%). Ao se comparar as categorias, as médicas tiveram o maior percentual de percepção de retardo de crescimento intrauterino (51,2%).

As servidoras públicas estatutárias tiveram percentuais de percepção maiores que as celetistas. Embora em menor número, elas perceberam mais a possível relação entre esses agravos e os riscos no ambiente de trabalho, sendo que os percentuais variaram de 27,9% (retardo de crescimento intrauterino) a 72,1% (ameaça de aborto). Reitera-se que o percentual de percepção de retardo de crescimento intrauterino (27,9%) foi menor que o das celetistas (32,9%), e que a não concordância com os agravos em questão foi igual para os dois tipos de vínculos (7,0%). O percentual de “não sei responder” foi maior entre as celetistas (9,7%), e o de “outros agravos” maior para as estatutárias (7,0%).

TABELA 43 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção dos agravos à saúde da gestante e do feto possivelmente relacionados ao ambiente de trabalho por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego

Agravos		Faixa etária (n= 469)			Setor de Atividade* (n= 469)					Tempo na atividade (n= 468)				CBO (n= 462)			Vínculo (n= 457)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Aborto espontâneo	fabs	12	108	128	138	31	57	27	3	3	8	11	225	111	93	40	24	216
	%	40,0	59,3	49,8	51,3	58,5	56,4	49,1	50,0	30,0	40,0	47,8	54,2	57,2	51,1	46,5	55,8	52,2
Ameaça de aborto	fabs	15	119	164	160	38	74	30	3	3	10	11	273	126	115	53	31	258
	%	50,0	65,4	63,8	59,5	71,7	73,3	54,5	50,0	30,0	50,0	47,8	65,8	64,9	63,2	61,6	72,1	62,3
Parto pré-termo	fabs	18	130	157	163	38	80	31	2	3	13	9	279	121	126	54	28	268
	%	60,0	71,4	61,1	60,6	71,7	79,2	56,4	33,3	30,0	65,0	39,1	67,2	62,4	69,2	62,8	65,1	64,7
Anomalias fetais (cromossômicas)	fabs	7	46	82	63	19	37	20	0	3	6	3	123	56	53	24	15	115
	%	23,3	25,3	31,9	23,4	35,8	36,6	36,4	0,0	30,0	30,0	13,0	29,6	28,9	29,1	27,9	34,9	27,8
Retardo de crescimento intrauterino/baixo peso ao nascer	fabs	12	61	81	75	24	47	13	0	4	11	7	131	50	58	44	12	136
	%	40,0	33,5	31,5	27,9	45,3	46,5	23,6	0,0	40,0	55,0	30,4	31,6	25,8	31,9	51,2	27,9	32,9
Distúrbios hipertensivos da gravidez	fabs	13	112	127	133	36	63	23	3	3	12	6	230	106	101	42	27	217
	%	43,3	61,5	49,4	49,4	67,9	62,4	41,8	50,0	30,0	60,0	26,1	55,4	54,6	55,5	48,8	62,8	52,4
Nenhuma das opções acima	fabs	4	10	18	23	4	4	1	2	1	1	3	27	5	11	14	3	29
	%	13,3	5,5	7,0	8,6	7,5	4,0	1,8	33,3	10,0	5,0	13,0	6,5	2,6	6,0	16,3	7,0	7,0
Não sei responder	fabs	4	10	30	27	4	5	10	1	4	3	5	32	24	16	3	2	40
	%	13,3	5,5	11,7	10,0	7,5	5,0	18,2	16,7	40,0	15,0	21,7	7,7	12,4	8,8	3,5	4,7	9,7
Outra(s)	fabs	3	6	12	17	0	2	3	0	0	1	2	18	12	6	3	3	18
	%	10,0	3,3	4,7	6,3	0,0	2,0	5,5	0,0	0,0	5,0	8,7	4,3	6,2	3,3	3,5	7,0	4,3

Agravos	fabs	Faixa etária (n= 469)			Setor de Atividade* (n= 469)					Tempo na atividade (n= 468)				CBO (n= 462)			Vínculo (n= 457)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Total geral	fabs	30	182	257	269	53	101	55	6	10	20	23	415	194	182	86	43	414

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação; *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

3.2.4.2. Percepção dos agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados pelo trabalho

Sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (84,8%), sentir dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (77,1%), edema de membros inferiores (74,1%) e ter ansiedade (68,2%) foram os agravos à saúde das gestantes trabalhadoras mais identificados pelas respondentes. Embora com uma baixa frequência, houve trabalhadoras que não identificaram nenhuma relação dos agravos com o trabalho (1,9%) ou não souberam responder (2,9%). Novamente, estes últimos dados pressupõem baixo conhecimento sobre os possíveis impactos do trabalho na gestação ou a negação dos riscos, Figura 20.

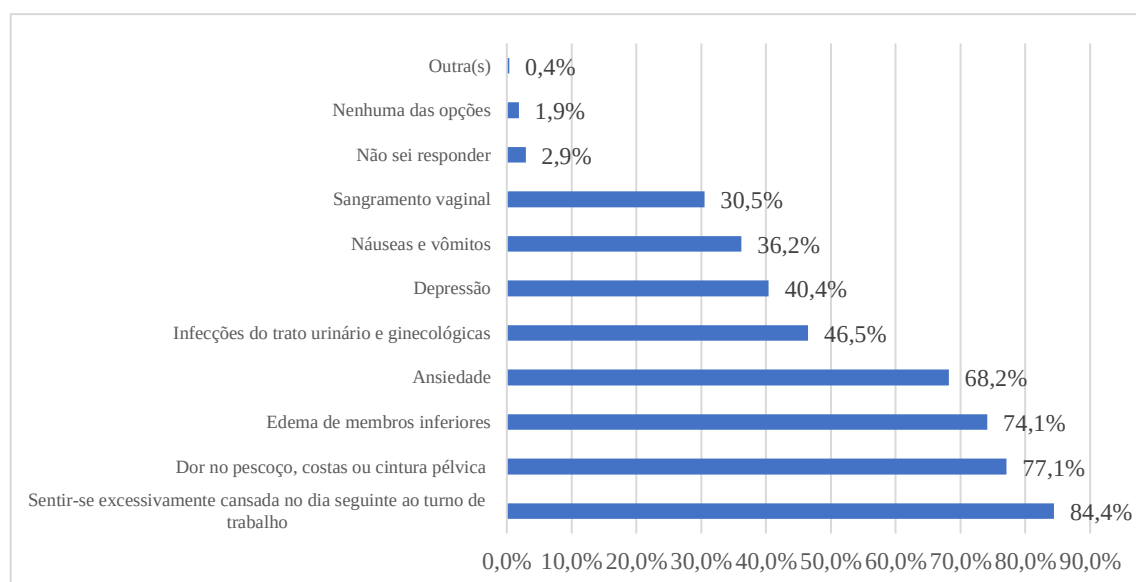


FIGURA 20 - Distribuição das respondentes* de acordo com a percepção dos agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados durante uma possível gravidez, devido ao trabalho no setor hospitalar (n=488)

Nota: * uma mesma profissional pôde identificar mais de um tipo de agravo à saúde.

Os três agravos à saúde da gestante mais percebidos em todas as faixas etárias foram o sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho, com percentuais acima de 80%, e a dor no pescoço, costas ou cintura pélvica e o edema de membros inferiores, com percentuais acima de 70%. Destaca-se que esses 3 agravos diminuíram com o aumento da idade, Tabela 44. O único agravo cujo percentual aumentou com a idade foi a depressão, chegando a 41,9% entre as trabalhadoras com 39 a 45 anos.

Na faixa etária de 18 a 31 anos, os agravos mais identificados foram sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (93,3%), dor no pescoço, costa ou cintura pélvica (86,7%), edema de membros inferiores (86,7%) e ansiedade (70,0%), sendo os 3 primeiros maiores, inclusive, ao se comparar com as outras faixas etárias. Os

agravos com percentual de percepção menor ou igual a 50% foram náuseas e vômitos (40,0%), infecções do trato urinário e ginecológicas (43,3%), depressão (33,3%) e sangramento vaginal (20,0%).

Na faixa de 32 a 38 anos, os agravos mais percebidos entre as trabalhadoras foram sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (86,6%), dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (80,5%), edema de membros inferiores (76,2%) e ansiedade (70,8%). Abaixo de 50,0%, os percentuais foram de náuseas e vômitos (31,9%), depressão (39,5%), sangramento vaginal (33,5%) e infecções do trato urinário e ginecológicas (48,1%). Essa faixa etária apresentou maiores percentuais, em comparação com as demais, para ansiedade (70,8%), sangramento vaginal (33,5%) e infecções do trato urinário e ginecológicas (48,1%).

As trabalhadoras com 39 a 45 anos perceberam mais o sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (81,2%), dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (73,5%), edema de membros inferiores (71,2%) e ansiedade (66,2%). Os demais agravos tiveram percentuais inferiores a 50,0%: depressão (41,9%), náuseas e vômitos (38,8%), sangramento vaginal (29,6%) e infecção do trato urinário e ginecológicas (45,8%). O único percentual maior, em comparação com as outras faixas etárias, foi de depressão (41,9%).

Quanto ao setor de atividade, os agravos com percentuais acima de 60,0% foram o sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho, a dor no pescoço, costas ou cintura pélvica, a ansiedade e o edema de membros inferiores. Ressalta-se que o sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho obteve maior percentual em todos os setores, a partir de 75,0% no setor de oncologia, chegando a 91,2% no setor de Terapia Intensiva. Esses agravos também foram os mais identificados entre as trabalhadoras que não declararam o setor de trabalho, com destaque para edemas de membros inferiores (83,3%).

A não percepção dos agravos foi maior entre aquelas que não declararam o setor de trabalho (16,7%) e entre as dos setores Ambulatorial (2,2%) e de Oncologia (1,9%) que, também, tiveram os maiores percentuais de não saber responder, 3,2% e 3,8%, respectivamente. Somente as trabalhadoras dos setores de Oncologia (1,9%) e de Terapia Intensiva (1,0%) indicaram haver outros tipos de agravos.

O sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho foi percebido por mais de 69,0% das trabalhadoras, a despeito do tempo na atividade, sendo que a faixa de 1 a 2 anos teve o maior percentual (95,2%) e a de 3 a 4 anos o menor (69,6%). Os percentuais de dor no pescoço, costas ou cintura pélvica foram a partir de 70,0%, oscilando

entre as faixas e sendo maior na faixa de 5 ou mais anos de tempo na atividade (77,4%). Náuseas e vômitos foram mais percebidos pelas trabalhadoras com 5 ou mais anos (37,4%) e menos por aquelas com 3 a 4 anos (21,7%) na atividade.

Ansiedade, com exceção das trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade (40,0%), teve percentuais maiores que 50,0%, com destaque para a faixa de 5 ou mais anos (69,8%). A percepção de depressão cresceu com o aumento do tempo na atividade, variando de 20 a 41,4%. O sangramento vaginal teve percentuais abaixo de 32,0%, sendo menor na faixa de 1 a 2 anos (19,0%). Infecções do trato urinário e ginecológicas tiveram percentuais de até 50,0%, sendo maiores entre as trabalhadoras com menos de 1 ano (50,0%) e com 5 ou mais anos (49,3%) na atividade. O edema nos membros inferiores teve percentuais a partir de 50%, sendo maiores nas faixas de 5 ou mais anos (76,2%) e 1 a 2 anos na atividade (71,4%).

A faixa de 3 a 4 anos na atividade teve o maior percentual de não reconhecimento da possibilidade de intensificação desses agravos pelo trabalho (13,0%), e de indicação da existência de outros agravos (4,3%). A faixa com menos de 1 ano teve o maior percentual de “não saber responder” (20,0%) sobre a intensificação desses agravos e sua relação com o trabalho.

Ao se considerar as trabalhadoras que identificaram pelo menos um dos agravos pesquisados, as trabalhadoras da equipe de enfermagem foram aquelas com maior percepção da intensificação desses agravos: auxiliares e técnicas de enfermagem (39,7%) e enfermeiras (38,0%). O não reconhecimento desses agravos e de sua possível intensificação pelo trabalho foi maior entre as médicas (7,0%) e menor entre as enfermeiras (0,5%). Já o percentual de “Não sei responder” foi maior entre as auxiliares e técnicas de enfermagem (4,1%), seguidas pelas enfermeiras (2,7%). A indicação de outros agravos foi de 0,5% entre as trabalhadoras da equipe de enfermagem e de 0,0% entre as médicas.

O sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho foi percebido por mais de 80,0% das respondentes, a despeito da categoria. Dor no pescoço, costas ou cintura pélvica foi identificada por mais de 73,0% das respondentes, com destaque para as enfermeiras (82,2%). Ansiedade teve percentuais acima de 66,0%, sendo maior entre as enfermeiras (71,4%). Edema de membros inferiores teve percentuais acima de 68,0%, com pequena variação na equipe de enfermagem: auxiliares e técnicas de enfermagem (74,6%) e enfermeiras (76,8%).

Os percentuais desses agravos, abaixo de 50,0%, compreenderam: náuseas e vômitos, sendo que as auxiliares e técnicas de enfermagem tiveram o maior percentual (39,1%) e as médicas o menor (30,2%). Quanto à depressão, as categorias apresentaram percentuais

semelhantes (de 40 a 40,7%). O sangramento vaginal também teve pouca variação, com seu maior percentual entre as auxiliares e técnicas de enfermagem (31,0%). Já as infecções do trato urinário e ginecológicas tiveram seus maiores percentuais de percepção entre as trabalhadoras da equipe de enfermagem: auxiliares e técnicas de enfermagem (48,2%) e enfermeiras (49,2%).

Os agravos com os maiores percentuais, ao se comparar os tipos de vínculo de emprego, foram os mesmos e, a despeito da variação, foram acima de 65,0%, sendo mais percebidos pelas trabalhadoras celetistas: o sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (86,6%); dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (78,0%); ansiedade (68,7%) e edema de membros inferiores (74,9%).

Quanto aos outros agravos, com percentuais até 50,0%, as estatutárias tiveram maior percepção de náuseas e vômitos (43,2%) e de sangramento vaginal (31,8%). Já as celetistas tiveram maior percepção de depressão (41,1%) e de infecções do trato urinário e ginecológicas (46,3%). Ressalta-se que a diferença de percepção entre os tipos de vínculos não foi acentuada.

TABELA 44 – Distribuição das respondentes de acordo com a percepção dos agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados durante uma possível gravidez, devido ao trabalho no setor hospitalar por faixa etária, setor de atividade, tempo na atividade, categoria profissional e vínculo de emprego

Agravos		Faixa etária (n= 475)			Setor de Atividade* (n= 475)					Tempo na atividade (n= 474)				CBO (n= 468)			Vínculo (n= 463)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho	fabs	28	164	211	235	45	93	39	4	8	20	16	358	161	164	72	30	363
	%	93,3	88,6	81,2	84,8	84,9	91,2	75,0	66,7%	80,0	95,2	69,6	85,2	81,7	88,6	83,7	68,2	86,6
Dor no pescoço, costas ou cintura pélvica	fabs	26	149	191	212	38	86	36	4	7	16	17	325	145	152	64	31	327
	%	86,7	80,5	73,5	76,5	71,7	84,3	69,2	66,7%	70,0	76,2	73,9	77,4	73,6	82,2	74,4	70,5	78,0
Náuseas e vômitos	fabs	12	59	101	92	22	41	21	0	3	6	5	157	77	66	26	19	148
	%	40,0	31,9	38,8	33,2	41,5	40,2	40,4	0,0%	30,0	28,6	21,7	37,4	39,1	35,7	30,2	43,2	35,3
Ansiedade	fabs	21	131	172	170	43	83	36	2	4	13	13	293	131	132	57	29	288
	%	70,0	70,8	66,2	61,4	81,1	81,4	69,2	33,3%	40,0	61,9	56,5	69,8	66,5	71,4	66,3	65,9	68,7
Depressão	fabs	10	73	109	98	28	49	23	1	2	7	8	174	80	74	35	16	172
	%	33,3	39,5	41,9	35,4	52,8	48,0	44,2	16,7%	20,0	33,3	34,8	41,4	40,6	40,0	40,7	36,4	41,1
Sangramento vaginal	fabs	6	62	77	78	18	38	13	2	2	4	5	134	61	57	24	14	127
	%	20,0	33,5	29,6	28,2	34,0	37,3	25,0	33,3%	20,0	19,0	21,7	31,9	31,0	30,8	27,9	31,8	30,3
Infecções do trato urinário e ginecológicas	fabs	13	89	119	116	24	61	23	2	5	4	5	207	95	91	32	20	194
	%	43,3	48,1	45,8	41,9	45,3	59,8	44,2	33,3%	50,0	19,0	21,7	49,3	48,2	49,2	37,2	45,5	46,3
Edema de membros inferiores	fabs	26	141	185	196	37	85	38	5	5	15	12	320	147	142	59	30	314
	%	86,7	76,2	71,2	70,8	69,8	83,3	73,1	83,3%	50,0	71,4	52,2	76,2	74,6	76,8	68,6	68,2	74,9

Agravos		Faixa etária (n= 475)			Setor de Atividade* (n= 475)					Tempo na atividade (n= 474)				CBO (n= 468)			Vínculo (n= 463)	
		18 a 31 anos	32 a 38 anos	39 a 45 anos	SA	SU	STI	SO	SI	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 ou mais anos	AE/TE	E	M	Estatutária	Celetista
Nenhuma das opções acima	fabs	1	4	4	6	0	1	1	1	0	1	3	5	2	1	6	0	9
	%	3,3	2,2	1,5	2,2	0,0	1,0	1,9	16,7%	0,0	4,8	13,0	1,2	1,0	,5	7,0	0,0	2,1
Não sei responder	fabs	0	3	11	9	1	2	2	0	2	0	1	11	8	5	0	1	11
	%	0,0	1,6	4,2	3,2	1,9	2,0	3,8	0,0%	20,0	0,0	4,3	2,6	4,1	2,7	0,0	2,3	2,6
Outra(s)	fabs	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2
	%	0,0	0,0	,8	0,0	0,0	1,0	1,9	0,0%	0,0	0,0	4,3	,2	,5	,5	0,0	0,0	,5
Total geral	fabs	30	185	260	277	53	102	52	6	10	21	23	420	197	185	86	44	419

Notas: CBO - Classificação Brasileira de Ocupação; AE/TE - Auxiliar/Técnica de Enfermagem; E – Enfermeira; M – Médica; SA – Setor Ambulatorial; SU – Setor de Urgência; STI – Setor de Terapia Intensiva; SO – Setor de Oncologia; SI – Sem informação; *Uma mesma respondente pôde marcar mais de um setor.

3.2.5. As percepções das trabalhadoras sobre as relações entre trabalho e maternidade

Para representar as relações entre maternidade e trabalho existentes no contexto hospitalar, dois conceitos abstratos foram utilizados: as dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho; e a proteção da maternidade no setor onde se trabalha. A partir destes conceitos, foi possível analisar a sua relação com outras variáveis observadas no estudo. Os conceitos abstratos se referem ao que é denominado por construto¹² e este, por sua vez, é representado por um indicador.

A Figura 21 apresenta os resultados gerais obtidos do construto Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho, aferido por meio de uma escala Likert de 5 pontos. Apesar da possibilidade de viés de tendência central²⁰⁷ pelo ponto de neutralidade entre as opções de respostas, os percentuais de neutralidade não foram tão elevados. Cabe ressaltar que as trabalhadoras poderiam não querer se expor ou se colocar em posição tão “política”, por estarem cientes dos desequilíbrios de poder nas relações de trabalho. A imposição do afastamento do trabalho como única opção em caso de gravidez (24,4%) teve o maior percentual de neutralidade.

Os maiores níveis de discordância foram sobre o desrespeito à licença à maternidade (22,4%) e o levar trabalho para casa (20,1%), sendo que na somatória dos dois níveis de discordância, os percentuais subiram para mais de 38,0% em cada um deles. Sobre os resultados relativos ao desrespeito à licença à maternidade, eles podem ter sido influenciados pelo tipo de trabalho e vínculo da respondente, além da legislação brasileira que garante a licença maternidade.

Quanto à concordância, considerando a somatória dos níveis “concordo” e “concordo totalmente”, os percentuais foram acima de 44,0% em todas as situações, sendo os valores maiores no nível “concordo totalmente”, exceto para a imposição do afastamento do trabalho como única opção em caso de gravidez (20,1%). A falta de apoio no trabalho ao retornar da licença maternidade (73,5%), as múltiplas jornadas de trabalho e vínculos (73,5%) e a falta de arranjos alternativos de trabalho, pouca ou nenhuma flexibilidade de carga horária ou para tirar férias (65,0%) foram as situações com os maiores níveis de concordância. O desrespeito à licença maternidade e o levar trabalho para casa, mesmo com os maiores percentuais de discordância, ainda assim, tiveram somatório de concordância de 50,7% e 47,1%, respectivamente.

¹² Os conceitos abstratos se referem ao que é denominado por construto, ou seja, a representação de um conceito ou uma característica que não pode ser medida diretamente, devendo ser aferida por meio de uma série de itens.

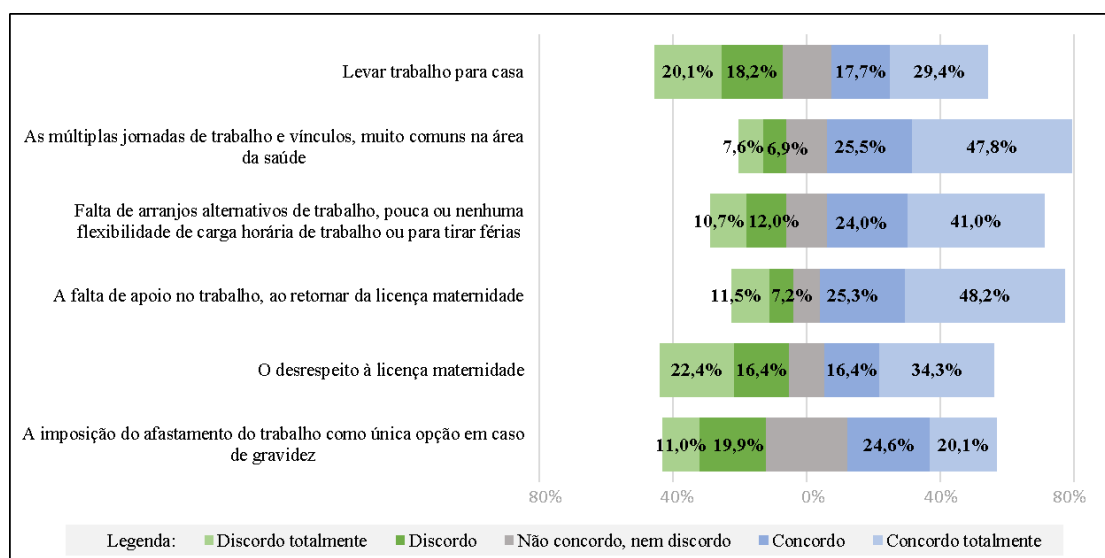


FIGURA 21 – Distribuição das respondentes, em percentual, de acordo com o nível de concordância com situações de dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho (n= 488)

Nota: foram consideradas somente as respostas válidas.

Os resultados gerais obtidos do construto Proteção da Maternidade no Setor Onde se Trabalha, também aferido por meio de uma escala Likert de 5 pontos, constam da Figura 22. Os percentuais de neutralidade não variaram muito quanto às situações de conhecimento suficiente sobre a legislação de SST e medidas de proteção da maternidade adotadas no ambiente de trabalho, respectivamente 22,5% e 23,7%. Essas, juntamente com a situação de discriminação do trabalho da profissional grávida ou mãe (23,0%), tiveram os maiores percentuais de neutralidade.

Os níveis de concordância foram maiores que os de discordância em todas as situações colocadas, exceto para a percepção da discriminação em relação ao trabalho da profissional grávida ou mãe, por parte dos colegas ou chefia, cujo nível de discordância foi de 46,6%, somados os percentuais de “Discordo” (31,1%) e “Discordo totalmente” (15,5%).

Os percentuais de concordância quanto à preocupação com impactos negativos sobre a saúde reprodutiva, por exposição ocupacional (72,0%), e na carreira, por querer ou já vivenciar a maternidade (67,2%) foram os maiores na somatória dos níveis de concordância. Ressalta-se que a neutralidade teve os seus menores percentuais nessas duas situações e oscilou nas demais entre 22,5% e 23,7%.

O maior nível de discordância foi em relação à discriminação percebida no local de trabalho quanto ao trabalho da profissional grávida ou mãe, por parte dos colegas e chefia (46,6%), que apresentou o menor nível de concordância (30,4%) e neutralidade de 23,0%.

No geral, a percepção das trabalhadoras tendeu aos níveis “Discordo” e “Concordo” em todas as situações apresentadas.

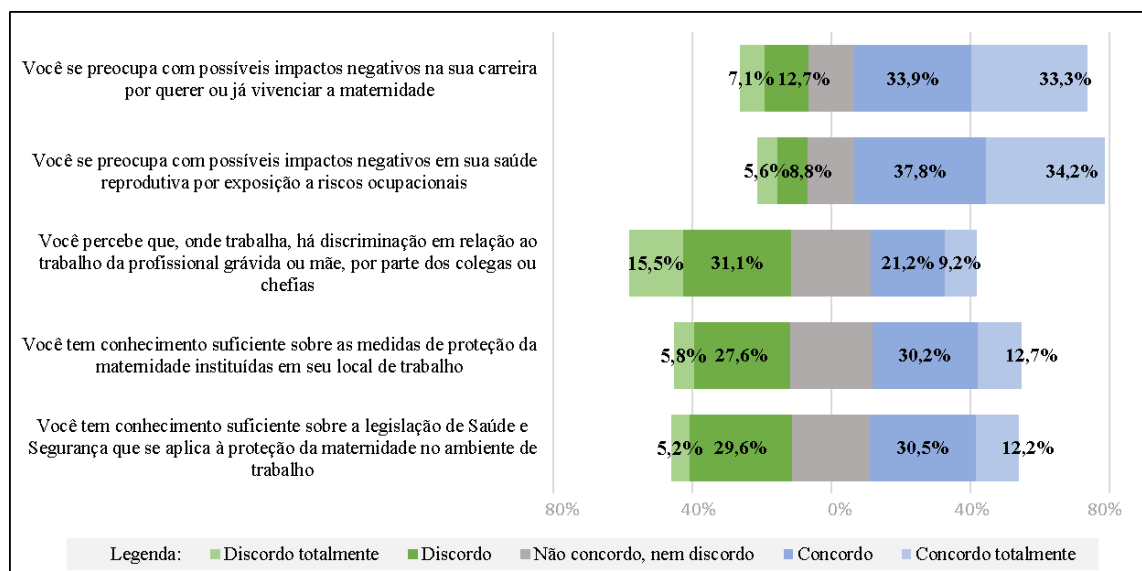


FIGURA 22 – Distribuição das respondentes, em percentual, de acordo com o nível de concordância com situações relacionadas à proteção da maternidade no setor hospitalar onde trabalha

A partir da definição dos construtos teóricos, com o uso da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), dois indicadores foram criados. Após se confirmar que os indicadores criados representavam de fato esses construtos teóricos, foi criada uma única medida para cada um deles. Os resultados numéricos foram classificados em quatro categorias, formando grupos de respondentes, conforme a variação dos indicadores: 1) Muito baixo - 0,0 a 25,0; 2) Baixo – 25,1 a 50,0; 3) Alto – 50,1 a 75,0; e 4) Muito alto – 75,1 a 100,0, Figura 23.

Mais de 73,0% das respondentes perceberam as situações compreendidas pelos construtos 1 (Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho) e 2 (Proteção da Maternidade no Setor Onde se Trabalha), o que os classifica como indicadores de nível alto a muito alto para as questões estudadas.

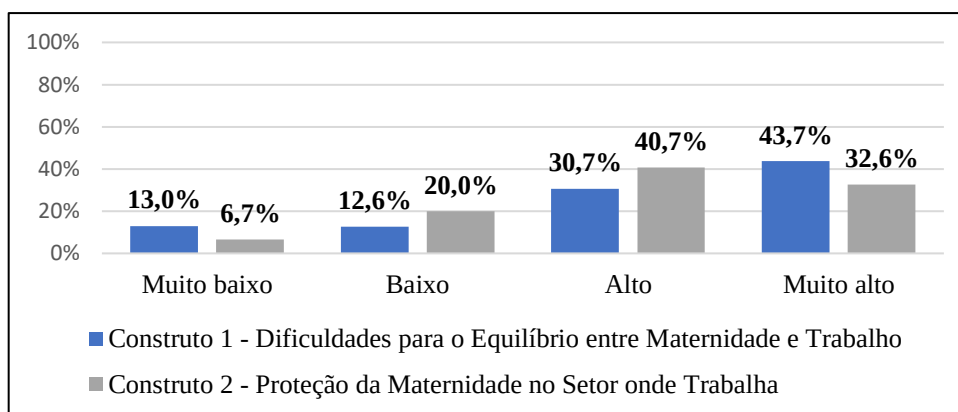


FIGURA 23 – Percentual das respondentes de acordo com a classificação nos Construtos (n= 430)

3.2.5.1. Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho (DEQUI)

O Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho (DEQUI) avalia a percepção das trabalhadoras quanto aos seguintes componentes: o desrespeito à licença maternidade; a falta de apoio no trabalho, ao retornar da licença maternidade; falta de arranjos alternativos de trabalho, pouca ou nenhuma flexibilidade de carga horária de trabalho ou para tirar férias; as múltiplas jornadas de trabalho e vínculos, muito comuns na área da saúde; e levar trabalho para casa.

A percepção das dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho diminuiu com o aumento da faixa etária, embora os percentuais tenham se mantido acima de 42,0% e caído drasticamente na faixa etária de 25 a 31 anos (45,5%). Todas as trabalhadoras com 18 a 24 anos, embora em menor número, perceberam essas dificuldades no nível “Muito alto” do indicador, Tabela 45.

As trabalhadoras, a despeito do estado civil, identificaram as dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho com percentuais acima de 68,0%, na somatória dos níveis “Alto” e “Muito alto” desse indicador. Entretanto, no outro polo do indicador, ou seja, nos níveis de baixo reconhecimento das dificuldades para o alcance desse equilíbrio, destacaram-se as solteiras, aquelas com união estável e as divorciadas, com percentuais entre 30,0% e 31,5%, quando somados os níveis “Muito baixo” e “Baixo”.

Quanto à raça/cor, a distribuição percentual do indicador também se manteve predominante nos níveis “Alto” e “Muito alto”. As trabalhadoras que se declararam brancas (87,5%) e amarelas (100,0%) foram as que mais indicaram essas dificuldades para o equilíbrio maternidade-trabalho. As trabalhadoras negras (pretas e pardas), embora com percentuais de reconhecimento dessas dificuldades acima de 62,0%, por outro lado, foram

as que menos reconheceram esse indicador de dificuldades, com percentuais de 37,5% (pretas) e 29,7% (pardas), na somatória dos níveis “Muito baixo” e “Baixo”.

TABELA 45 – Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho por nível, faixa etária, estado civil e raça/cor

Nível do indicador			Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total
Faixa etária	18 a 24 anos	fabs	0	0	0	3	3
		%	0,0	0,0	0,0	100,0	
	25 a 31 anos	fabs	0	3	9	10	22
		%	0,0	13,6	40,9	45,5	
	32 a 38 anos	fabs	25	15	54	74	168
		%	14,9	8,9	32,1	44,0	
	39 a 45 anos	fabs	31	36	69	101	237
		%	13,1	15,2	29,1	42,6	
	Total	fabs	56	54	132	188	430
		%					
Estado civil	Casada	fabs	24	23	69	108	224
		%	10,7	10,3	30,8	48,2	
	União estável	fabs	12	9	22	26	69
		%	17,4	13,0	31,9	37,7	
	Divorciada	fabs	5	7	14	14	40
		%	12,5	17,5	35,0	35,0	
	Solteira	fabs	14	15	24	39	92
		%	15,2	16,3	26,1	42,4	
	Viúva	fabs	1	0	2	1	4
		%	25,0	0,0	50,0	25,0	
	Total	fabs	56	54	131	188	429
		%					
Raça/cor	Branca	fabs	8	9	41	78	136
		%	5,9	6,6	30,1	57,4	
	Preta	fabs	18	15	21	34	88
		%	20,5	17,0	23,9	38,6	
	Amarela	fabs	0	0	0	3	3
		%	0,0	0,0	0,0	100,0	
	Parda	fabs	30	29	70	70	199
		%	15,1	14,6	35,2	35,2	
	Não declarada	fabs	0	1	0	3	4
		%	0,0	25,0	0,0	75,0	
	Total	fabs	56	54	132	188	430
		%					

Os percentuais de identificação das dificuldades retratadas por esse indicador foram acima de 69,0%, no somatório dos níveis “Alto” e “Muito alto”, em todos os setores de trabalho. As trabalhadoras dos setores de Urgência (84,3%) e de Terapia Intensiva (82,9%) foram as com percentuais mais altos, sendo que mais da metade das trabalhadoras do setor de Urgência reconheceu essas dificuldades no nível “Muito alto” (51,0%). Cabe ressaltar que as trabalhadoras que não informaram o setor de trabalho, em sua totalidade, reconheceram as dificuldades nos níveis mais altos do indicador, com destaque para o “Muito Alto” (60,0%), Tabela 46.

Nas várias faixas de tempo na atividade, embora com percentuais a partir de 70,0% de identificação das dificuldades representadas pelo indicador, cabe ressaltar que o nível de reconhecimento foi bem maior entre aquelas com 1 a 2 anos (95,0%) e com 3 a 4 anos (83,4%), ao se somar os níveis “Muito alto” e “Alto”. O não reconhecimento das dificuldades foi alto entre as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade (30,0%) e com 5 ou mais anos (26,8%), ao se somar os níveis “Muito baixo” e “Baixo”.

As trabalhadoras com jornadas de trabalho de 4 horas/dia (100,0%), plantão 24 horas (92,6%) e 6 horas/dia (84,4%) apresentaram os maiores percentuais, na somatória dos níveis “Alto” e “Muito alto” do indicador, enquanto as trabalhadoras dos outros tipos de jornada tiveram percentuais acima de 70,0%. Os tipos de jornadas com os maiores percentuais nos níveis “Muito Baixo” e “Baixo” do indicador foram plantão Dia/12 h (29,6%) e plantão Dia/6h (27,3%), seguidos pelo plantão Noite/12h (24,0%) e turno Diurno/8h (23,8%).

TABELA 46 – Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho por nível, setor de trabalho, tempo na atividade e jornada de trabalho

Nível do indicador			Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total
Setor de trabalho	Setor Ambulatorial	fabs	35	40	68	103	246
		%	14,2	16,3	27,6	41,9	
	Setor de Urgência	fabs	4	4	17	26	51
		%	7,8	7,8	33,3	51,0	
	Setor de Terapia Intensiva	fabs	10	6	32	46	94
		%	10,6	6,4	34,0	48,9	
	Setor de Oncologia	fabs	8	5	14	21	48
		%	16,7	10,4	29,2	43,8	
	Sem informação	fabs	0	0	2	3	5
		%	0,0	0,0	40,0	60,0	
	Total	fabs	56	54	132	188	430
		%	12,8	12,5	30,7	44,0	
Tempo na atividade	Menos de 1 ano	fabs	2	1	2	5	10
		%	20,0	10,0	20,0	50,0	

Nível do indicador		Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total	
1 a 2 anos	fabs	0	1	13	6	20	
	%	0,0	5,0	65,0	30,0		
3 a 4 anos	fabs	1	2	10	5	18	
	%	5,6	11,1	55,6	27,8		
5 ou mais anos	fabs	53	49	107	172	381	
	%	13,9	12,9	28,1	45,1		
Total	fabs	56	53	132	188	429	
Jornada de trabalho	Diurno - 4h/dia	fabs	0	0	2	2	4
		%	0,0	0,0	50,0	50,0	
	Diurno - 6h/dia	fabs	7	7	29	47	90
		%	7,8	7,8	32,2	52,2	
	Diurno - 8h/dia	fabs	3	2	5	11	21
		%	14,3	9,5	23,8	52,4	
	Plantão Dia - 6h	fabs	0	3	3	5	11
		%	0,0	27,3	27,3	45,5	
	Plantão Dia - 12h	fabs	28	25	51	75	179
		%	15,6	14,0	28,5	41,9	
	Plantão Noite - 12h	fabs	19	18	50	67	154
		%	12,3	11,7	32,5	43,5	
	Dia/Noite - 24h	fabs	1	1	7	18	27
		%	3,7	3,7	25,9	66,7	
	Sem informação	fabs	0	0	2	1	3
		%	0,0	0,0	66,7	33,3	
	Total	fabs	56	54	132	188	430

Quanto às categorias profissionais, o indicador teve percentuais acima de 66,0%, no somatório dos percentuais dos níveis “Alto” e “Muito alto”, com destaque para as médicas (91,3%). Inclusive, o percentual foi de 100,0% entre as trabalhadoras que não relataram a sua categoria profissional. As trabalhadoras da equipe de enfermagem foram as que menos reconheceram essas dificuldades para o equilíbrio maternidade-trabalho, com percentuais no somatório dos níveis “Muito baixo” e “Baixo”, variando entre 29,2% e 33,3%, Tabela 47.

A identificação dessas dificuldades foi maior entre as servidoras públicas estatutárias (87,8%), com a maioria concentrada no nível “Muito alto” do indicador. As trabalhadoras celetistas (empregado público) também tiveram altos percentuais de identificação dessas dificuldades, ao se considerar a somatória dos níveis “Muito alto” e “Alto” (73,3%).

TABELA 47 - Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho por nível, categoria profissional e tipo de vínculo

Nível do indicador			Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total
CBO	Auxiliar de Enfermagem	fabs	0	1	1	1	3
		%	0,0	33,3	33,3	33,3	
	Técnica de Enfermagem	fabs	26	27	63	56	172
		%	15,1	15,7	36,6	32,6	
	Enfermeira	fabs	30	19	46	73	168
		%	17,9	11,3	27,4	43,5	
	Médica	fabs	0	7	21	52	80
		%	0,0	8,8	26,3	65,0	
	Sem informação	fabs	0	0	1	6	7
		%	0,0	0,0	14,3	85,7	
	Total	fabs	56	54	132	188	430
Vínculo de emprego	Servidor público estatutário	fabs	3	2	15	21	41
		%	7,3	4,9	36,6	51,2	
	Empregado público	fabs	51	50	113	164	378
		%	13,5	13,2	29,9	43,4	
	Total	fabs	54	52	128	185	419

3.2.5.2. Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha (PROMT)

No Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha (PROMT), as situações contempladas para avaliação da percepção das trabalhadoras foram: você percebe que, onde trabalha, há discriminação em relação ao trabalho da profissional grávida ou mãe, por parte dos colegas ou chefias; você se preocupa com possíveis impactos negativos em sua saúde reprodutiva por exposição a riscos ocupacionais; e você se preocupa com possíveis impactos negativos na sua carreira por querer ou já vivenciar a maternidade.

Sobre a preocupação das trabalhadoras quanto à proteção da maternidade no setor hospitalar onde trabalham e quanto aos possíveis impactos negativos da maternidade na carreira, pôde-se observar que, no somatório dos níveis “Alto e “Muito alto”, o percentual do indicador criado diminuiu com o aumento da faixa etária, evidenciando uma diminuição na preocupação das trabalhadoras. Chama a atenção que as trabalhadoras da faixa etária de 39 a 45 anos, em geral, com maior experiência profissional, apresentaram nos níveis “Muito baixo” e “Baixo” os maiores percentuais, o que indicou uma preocupação relativamente baixa quanto às situações representadas pelo indicador. Cabe reiterar, ainda, que as mais jovens, na faixa de 18 a 24 anos, indicaram ter nível de preocupação “Muito alto” (100,0%) quanto à proteção, Tabela 48.

Quanto ao estado civil das trabalhadoras, o indicador teve percentuais elevados, acima de 66,0%, na somatória dos níveis “Alto” e “Muito alto”. Portanto, deduz-se que as trabalhadoras têm uma grande preocupação quanto à proteção da maternidade e da carreira, não importando o estado civil. Contudo, também houve um percentual significativo de trabalhadoras com união estável (33,3%) que indicaram baixa preocupação quanto à proteção da maternidade e da carreira.

As trabalhadoras que se declararam brancas, pretas ou pardas, evidenciaram elevada preocupação, com somatória dos percentuais dos níveis “Alto” e “Muito alto” acima de 72,0%. As que se declararam amarelas se concentraram 100,0% nos níveis altos de preocupação. Para as trabalhadoras que não declararam a cor/raça, os níveis de preocupação se mostraram divididos igualmente, metade teve um baixo nível de preocupação e a outra metade um nível alto.

TABELA 48 - Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha por nível, faixa etária, estado civil e raça/cor

Nível do indicador			Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total
Faixa etária	18 a 24 anos	fabs	0	0	0	3	3
		%	0,0	0,0	0,0	100,0	
	25 a 31 anos	fabs	0	1	13	8	22
		%	0,0	4,5	59,1	36,4	
	32 a 38 anos	fabs	5	33	70	60	168
		%	3,0	19,6	41,7	35,7	
	39 a 45 anos	fabs	24	52	92	69	237
		%	10,1	21,9	38,8	29,1	
	Total	fabs	29	86	175	140	430
		%					
	Casada	fabs	12	45	90	77	224
		%	5,4	20,1	40,2	34,4	
Estado civil	União estável	fabs	8	15	29	17	69
		%	11,6	21,7	42,0	24,6	
	Divorciada	fabs	5	6	17	12	40
		%	12,5	15,0	42,5	30,0	
	Solteira	fabs	4	19	37	32	92
		%	4,3	20,7	40,2	34,8	
	Viúva	fabs	0	1	2	1	4
		%	0,0	25,0	50,0	25,0	
	Total	fabs	29	86	175	139	429
		%					
Raça/cor	Branca	fabs	12	26	50	48	136
		%	8,8	19,1	36,8	35,3	

Nível do indicador		Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total
Preta	fabs	4	20	34	30	88
	%	4,5	22,7	38,6	34,1	
Amarela	fabs	0	0	1	2	3
	%	0,0	0,0	33,3	66,7	
Parda	fabs	13	38	88	60	199
	%	6,5	19,1	44,2	30,2	
Não declarada	fabs	0	2	2	0	4
	%	0,0	50,0	50,0	0,0	
Total	fabs	29	86	175	140	430

Nos setores de urgência (52,9%) e ambulatorial (42,3%), as trabalhadoras indicaram um nível “Alto” de preocupação com a proteção da maternidade e da carreira. No somatório dos níveis “Alto” e “Muito alto”, as trabalhadoras evidenciaram essa preocupação com percentuais acima de 66,0%, destacando-se os setores de urgência (82,3%) e terapia intensiva (80,8%) que, no nível “Muito alto”, teve o maior percentual (45,7%). As Trabalhadoras que não declararam o setor de trabalho, em sua maioria (60,0%), indicaram baixos níveis de preocupação, Tabela 49.

Também, chamou a atenção o fato do setor de Oncologia em que, como visto anteriormente, as trabalhadoras geralmente tinham baixa percepção dos riscos ocupacionais que poderiam impactar a saúde sexual e reprodutiva, foi aquele em que as trabalhadoras apresentaram os maiores percentuais de baixa preocupação com a proteção da maternidade e da carreira, ao se somar os níveis “Baixo” e “Muito baixo” (33,4%).

Por tempo na atividade, o indicador apresentou percentuais mais concentrados nos níveis “Alto” e “Muito alto”. Mas, o destaque foi para o nível “Alto” que teve os maiores percentuais, a despeito da faixa de tempo na atividade, e as trabalhadoras com até 2 anos demonstraram maior preocupação frente as situações contempladas por esse indicador (60,0%). Ainda, no somatório dos níveis “Alto” e “Muito alto”, as trabalhadoras com menos de 5 anos na atividade apresentaram maior preocupação com percentuais de 80,0% a 85,0%. Por outro lado, as trabalhadoras com a maior soma (27,8%) de percentuais dos níveis “Muito baixo” e “Baixo”, indicando menor preocupação com as situações representadas pelo indicador, tinham 5 ou mais anos na atividade.

Na análise por tipo de jornada declarada, observou-se que as trabalhadoras com turnos de 24 horas (88,9%) e 8h/dia (81,0%) se preocuparam mais com as questões representadas pelo indicador, embora as trabalhadoras com outros tipos de jornada também tenham tido percentuais acima de 62,0%, no somatório dos níveis “Muito alto” e “Alto”.

Aquelas com turno de 6h/dia, embora com percentual de 62,2% na somatória dos níveis alto do indicador, foram as que apresentaram menor preocupação, conforme demonstram os percentuais nos níveis “Muito baixo” (11,1%) e “Baixo” (26,7%).

TABELA 49 – Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha por nível, setor de trabalho, tempo na atividade e jornada de trabalho

Nível do indicador			Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total	
Setor trabalho	Setor Ambulatorial	fabs	18	54	104	70	246	
		%	7,3	22,0	42,3	28,5		
	Setor de Urgência	fabs	3	6	27	15	51	
		%	5,9	11,8	52,9	29,4		
	Setor de Terapia Intensiva	fabs	4	14	33	43	94	
		%	4,3	14,9	35,1	45,7		
	Setor de Oncologia	fabs	2	14	17	15	48	
		%	4,2	29,2	35,4	31,3		
	Sem informação	fabs	2	1	0	2	5	
		%	40,0	20,0	0,0	40,0		
Total		fabs	29	86	175	140	430	
Tempo na atividade	Menos de 1 ano	fabs	0	2	6	2	10	
		%	0,0	20,0	60,0	20,0		
	1 a 2 anos	fabs	0	3	12	5	20	
		%	0,0	15,0	60,0	25,0		
	3 a 4 anos	fabs	0	3	8	7	18	
		%	0,0	16,7	44,4	38,9		
	5 ou mais anos	fabs	28	78	149	126	381	
		%	7,3	20,5	39,1	33,1		
	Total		fabs	28	86	175	140	429
	Jornada de trabalho	Diurno - 4h/dia	fabs	0	1	2	1	4
%			0,0	25,0	50,0	25,0		
Diurno - 6h/dia		fabs	10	24	27	29	90	
		%	11,1	26,7	30,0	32,2		
Diurno - 8h/dia		fabs	1	3	11	6	21	
		%	4,8	14,3	52,4	28,6		
Plantão Dia - 6h		fabs	1	2	2	6	11	
		%	9,1	18,2	18,2	54,5		
Plantão Dia - 12h		fabs	15	36	76	52	179	
		%	8,4	20,1	42,5	29,1		
Plantão Noite - 12h	fabs	6	27	67	54	154		
	%	3,9	17,5	43,5	35,1			

Nível do indicador		Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total
Dia/Noite - 24h	fabs	1	2	14	10	27
	%	3,7	7,4	51,9	37,0	
Sem informação	fabs	0	1	2	0	3
	%	0,0	33,3	66,7	0,0	
Total	fabs	29	86	175	140	430

Na somatória dos níveis “Muito alto” e “Alto”, as enfermeiras (76,8%) e as técnicas de enfermagem (72,1%) foram as que se destacaram em indicar preocupação com a proteção da maternidade nos ambientes onde trabalham e com os possíveis impactos da maternidade na carreira profissional, Tabela 50. Nota-se que, mesmo tendo um percentual de preocupação perto de 67,0%, no somatório dos dois níveis altos do indicador, as auxiliares de enfermagem (33,3%) e as médicas (32,5%) ainda tiveram percentuais significativos em relação à não preocupação com as situações representadas por esse indicador, Tabela 50.

Em comparação com as trabalhadoras com vínculo de servidor público estatutário, as celetistas (Emprego Público) apresentaram maiores níveis de preocupação com as questões compreendidas pelo indicador, com percentual de 73,5%, ao se somar os níveis “Muito alto” e “Alto”. Como as celetistas (40,2%), as servidoras públicas estatutárias também se concentraram mais no nível “Alto” (39,0%) do indicador. Contudo, cabe ressaltar que as servidoras públicas apresentaram níveis maiores no outro polo do indicador, assinalando uma menor preocupação, o que pode estar relacionado à menor percepção, no geral, dos riscos ocupacionais e de seus possíveis desfechos na saúde, quando comparadas às celetistas.

TABELA 50 - Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha por nível, categoria profissional e tipo de vínculo

Nível do indicador		Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total
CBO	Auxiliar de Enfermagem	fabs	0	1	1	3
		%	0,0	33,3	33,3	
	Técnica de Enfermagem	fabs	26	27	63	172
		%	15,1	15,7	36,6	
	Enfermeira	fabs	30	19	46	168
		%	17,9	11,3	27,4	
	Médica	fabs	0	7	21	80
		%	0,0	8,8	26,3	
	Sem informação	fabs	0	0	1	7
		%	0,0	0,0	14,3	

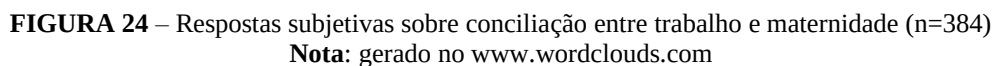
Nível do indicador			Muito baixo	Baixo	Alto	Muito alto	Total
Vínculo de emprego	Total	fabs	56	54	132	188	430
	Servidor público estatutário	fabs	3	10	16	12	41
		%	7,3	24,4	39,0	29,3	
	Empregado público	fabs	25	75	152	126	378
		%	6,6	19,8	40,2	33,3	
	Total	fabs	28	85	168	138	419

3.2.5.3. Conciliação entre trabalho e maternidade

A conciliação entre trabalho e maternidade ou, no sentido amplo, o equilíbrio entre trabalho e família, foi também objeto de questionamento às trabalhadoras das várias categorias e setores estudados nessa investigação. Buscou-se uma resposta mais subjetiva e que viesse prontamente à mente de cada respondente ao ler a pergunta “Quando você pensa em conciliar trabalho e maternidade, quais são as duas primeiras palavras que vêm à sua mente?”.

A Figura 24 sintetiza a subjetividade das respostas das trabalhadoras, ao expressarem seus desejos, medos, anseios, preocupações e necessidades quanto à maternidade e trabalho. As questões de saúde mental e física perpassaram os outros dilemas e desafios para o equilíbrio entre maternidade e trabalho, o que dificultou a análise. Portanto, com o intuito de melhorar a compreensão, as respostas foram categorizadas em: “Atitudes positivas demandadas”; “Experiências emocionais negativas”; “Experiências emocionais e físicas negativas”; “Experiências emocionais positivas”; “Ambivalência de sentimentos”; “NoMo (*Not Mother*)”¹³; “Sensação de impossibilidade”; “Sentimento de indecisão”; “Sentimento de arrependimento”; “Habilidades para contornar situações difíceis”; e “Preocupações vivenciadas”. Ainda, a necessidade dessa categorização se deu pelo fato de que muitas trabalhadoras não responderam conforme o solicitado, usando mais de duas palavras e até frases para se expressarem.

¹³ Termo para se referir a geração de mulheres que não deseja ser mãe: NoMo, sigla em inglês de “*Not Mothers*”, cuja tradução para o português se equivale a “Não Mães”.



Ao se considerar as categorias de respostas, Apêndice T, a maioria das trabalhadoras (62,8%) relataram como “Preocupações vivenciadas”, na tentativa de se conciliar trabalho e maternidade, questões que perpassam as esferas financeira, de cuidado materno, de trabalho e carreira, e do que é necessário, em termos de atitudes positivas demandadas, para se alcançar o equilíbrio entre trabalho e maternidade. Ademais, 92,9% dessas trabalhadoras tinham entre 32 e 45 anos, 51,5% eram casadas e 20,7% solteiras, 80,1% eram da equipe de enfermagem, 58,5% trabalhavam no setor ambulatorial, 90,5% delas tinham 5 ou mais anos na atividade e 86,3% tinham o vínculo de Empregado público (celetista).

164

preocupações relacionadas ao bebê/filho compreenderam questões de amamentação, apoio, atenção dividida, “com quem vou deixar meu filho?”, creche, cuidado, deixar a criança após uma licença, “eu ia querer ficar mais tempo com meu filho/filha”, falta de apoio, interrupção precoce de amamentação, apoio para cuidar da criança, pós-parto, “quem vai ficar com meu filho”, saúde, segurança do filho, e “tristeza de deixar o filho no final de semana”.

Sobre o que é preciso para conciliar trabalho e maternidade, em termos de atitudes e iniciativas, de suporte e experiências emocionais positivas, as trabalhadoras se expressaram das seguintes formas: abdicação, acolhimento, adaptações, ajuda, autoconhecimento, bem-estar, compreensão, comprometimento, compromisso, coragem, dedicação, Deus, deveres, direito, disciplina, disponibilidade, disposição física e mental, empatia, equilíbrio, escolhas, esforço, felicidade, flexibilidade, humanização, justiça, liberdade, logística, malabarismos entre funções, muita energia, perseverança, planejamento, presença, prioridade, proteção, qualidade de vida, rede de apoio, reinventar, resiliência, respeito, responsabilidade, rotina, sabedoria, saúde mental, sonho, superação, suporte familiar e tempo.

As questões específicas de trabalho que, na percepção dessas trabalhadoras, impactam a conciliação entre trabalho e maternidade podem ser representadas com os relatos de: afastamento das atividades, ambiente hospitalar, atrasos, carga horária, competitividade, dificuldades de encontrar substituição, discriminação, dupla jornada, duplo vínculo, “dúvida sobre retorno para o mesmo setor de trabalho após licença maternidade”, estar exposta a riscos biológicos grávida, excesso de trabalho, falta de compreensão dos colegas, flexibilidade de carga horária, home office, horário de trabalho, insalubre, jornada de trabalho noturna, jornada reduzida, julgamentos das chefias referentes às funções exercidas, local de deixar o filho no trabalho, manter a carreira profissional, movimentar e carregar pacientes, mudança, não bater ponto, perda de credibilidade, perda de oportunidades, perda de posição no mercado, permanecer no emprego, readaptação, “rescindir meu contrato”, retorno ao trabalho, risco biológico, risco de gravidez, sobrecarga de trabalho, suspeição e trabalho árduo.

Cabe reiterar que essas preocupações foram permeadas de experiências emocionais e físicas negativas, e da sensação de impossibilidade, como se depreende das seguintes palavras e expressão: angústia, ansiedade, cansaço, culpa, desafio, desassistência, desespero, desgastante, desrespeito, difícil, dilema, doença, estresse, exigências, fadiga, “falta de tempo”, frustração, idade, impermanência, impossibilidade, incompatibilidade, incompreensão, insegurança, julgamentos, luta, medo, peso, preocupação, render, renúncia, sacrifício, insegurança, separação, sobrecarga, sofrimento e tristeza.

A categoria “Experiências emocionais e físicas negativas” compreendeu 36,0% das 384 trabalhadoras respondentes, sendo que essas tinham de 32 a 45 anos (95,0%). Em sua maioria, eram casadas (63,0%), da equipe de enfermagem (79,0%), do setor ambulatorial (58,0%), com 5 ou mais anos na atividade (88,4%) e com vínculo celetista (92,0%). Vale ressaltar nessa categoria as experiências que não foram relatadas em “Preocupações vivenciadas”: abandono, abdicação, cobrança, competitividade, correria, desânimo, desvalorização, dificuldade, discriminação, dúvidas, esforço, esgotamento, exaustão, impaciência, impotência, indisposição, injusto, malabarismo, muito difícil, necessidade, perda de credibilidade, perda de oportunidades, pesar, privação de sono, responsabilidade, sono. Em algumas respostas, observou-se que os relatos dessa categoria perpassavam os de “Atitudes positivas demandadas”, “Experiências emocionais positivas”, “Habilidades para contornar situações difíceis”, “Preocupações vivenciadas” e “Sensação de impossibilidade”.

Um outro grupo de trabalhadoras (10,0%) relataram somente “Experiências emocionais negativas”. Alguns desses relatos também estavam interligados às “Atitudes positivas demandadas”, “Preocupações vivenciadas”, “Sensação de impossibilidade” e “Sentimento de arrependimento”. Algumas dessas experiências, além das que já foram citadas em outras categorias foram: afastamento, ausência, complicado, impossível, remorso, “seria melhor não ter engravidado” e “uma junção que não foi agradável”.

As categorias com menos respostas foram “Ambivalência de sentimentos” (0,5%), “Sentimento de arrependimento” e “Sentimento de indecisão” com 0,3% cada, “Habilidade para contornar situações difíceis” (1,3%) e “Sensação de impossibilidade” (3,4%). De forma respectiva, seguem alguns dos relatos: medo e alegria, medo e coragem; “seria melhor não ter engravidado” e “uma junção que não foi agradável”; “não sei”; malabarismo; e dificuldade, impossibilidade, incompatibilidade, inviável, medo de não dar conta, não é fácil, “preciso trabalhar!”, risco e “será que vou dar conta?”.

Ainda, entre as categorias com percentuais menores, mas, não menos importante, foi a categoria “NoMo” com 1,6% das respondentes. Em sua maioria, eram solteiras, com 39 a 45 anos e do setor ambulatorial, além de serem todas técnicas de enfermagem, com 5 ou mais anos na atividade e com vínculo celetista. As respostas foram: “não penso”, “não quero (a maternidade)”, “não quero engravidar, não vou ficar grávida!”, “nem pensar!” e “sem chance”.

Em meio a tantas experiências e sensações negativas, sentimentos de negação, impossibilidades, incompatibilidades etc., ainda houve aquelas que perceberam e relataram a possibilidade de conciliação entre maternidade e trabalho, por meio de “Experiências emocionais positivas” (6,3%), tais como: alegria, amor, cuidado, desafio, Deus, empatia,

felicidade, força, importante, justiça, liberdade, necessário, normal, plenitude, realização, reinventar, resiliência, respeito, responsabilidade, satisfação, sonho e superação. Contudo, essas mesmas emoções ou expressões dividiram espaço com as preocupações vivenciadas, as experiências emocionais e físicas negativas, e as atitudes positivas demandadas.

4. DISCUSSÃO GERAL

Discussão integrada das etapas 1 e 2

Na análise final e integrada, a partir das análises parciais da revisão de escopo e da aplicação do questionário de avaliação da percepção das trabalhadoras, buscou-se as possíveis convergências e lacunas, e confirmar ou corroborar os principais achados dessa investigação⁴¹.

4.1. Sobre o perfil da população, a partir da amostra

A amostra com 488 respondentes que fazem parte da população do estudo (N=1397), segundo os resultados da aplicação do questionário, é composta por trabalhadoras entre 32 e 45 anos de idade (93,8%) que, em sua maioria, se encontram em idade materna avançada⁵, a partir de 35 anos. Este dado só reforça a necessidade de um olhar mais cuidadoso para a força de trabalho feminina dos hospitais estudados, que precisam ter políticas internas que promovam e melhorem a saúde reprodutiva das trabalhadoras, e que protejam a maternidade enquanto direito humano fundamental e essencial^{3,5}. Para tanto, um meio ambiente de trabalho equilibrado e seguro também precisa ser garantido enquanto um direito humano e fundamental do trabalhador¹⁰³.

A autodeclaração de raça-cor apontou que 67,6% são trabalhadoras negras (maioria parda). Mais de 80,0% das trabalhadoras pertencem à equipe de enfermagem, sendo que mais de 42,0% têm nível médio de formação (auxiliares e técnicas). Este perfil da força de trabalho também reforça a necessidade de políticas sociais e de proteção da maternidade e do trabalho que incluam os grupos mais vulneráveis como as mulheres negras e as de menor escolaridade que, supostamente no contexto brasileiro, enfrentam maiores dificuldades para conciliar trabalho e maternidade^{108,135}.

Contudo, quando arguidas sobre as situações representadas pelo indicador de dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho, as trabalhadoras negras, embora com percentuais de reconhecimento dessas dificuldades acima de 62,0%, foram as que menos reconheceram esse indicador de dificuldades, com percentuais de 37,5% (pretas) e 29,7% (pardas), na somatória dos níveis “Muito baixo” e “Baixo”. Assim, resta

compreender, por meio de outros estudos, até que ponto o trabalho em si é um fator de proteção contra a desigualdade racial/social nesse caso, tendo em vista que as trabalhadoras tinham vínculo de emprego, seja estatutário (9,0%) ou celetista (88,5%), e 88,7% da amostra tinha 5 anos ou mais na atividade, o que também aponta uma maior estabilidade no emprego e no mercado de trabalho.

4.2. Sobre a vivência da gravidez

A experiência de gravidez relatada por mais de 70.0% das trabalhadoras, incluindo as que estavam grávidas pela primeira vez, depara-se, por outro lado, com percentuais significativos de trabalhadoras que nunca engravidaram (28,9%) e que não têm a pretensão de ter filhos (35,5%) ou que têm dúvidas (22,0%). Além disso, entre as que não querem ter filhos, 68,0% têm de 39 a 45 anos e 90,0% já têm 5 ou mais anos na atividade. Entre as que estão com dúvidas sobre engravidar, 77,4% têm de 25 a 38 anos e 90,3% declararam ter 5 ou mais anos na atividade. Ademais, a maioria das que estavam grávidas pela primeira vez tinha de 32 a 45 anos e 5 ou mais anos na atividade. Estes dados indicam que o maior tempo de atividade hospitalar pode ter repercutido na postergação da gestação ou na decisão de não engravidar, reforçando as evidências científicas quanto aos possíveis impactos de uma gestação ou maternidade nos planos de trabalho ou na carreira profissional feminina, especialmente, pela perda de espaço no mercado de trabalho^{1,27,29,33,64}.

Orientações médicas recebidas sobre gravidez e amamentação

De acordo com os dados relativos à participação do médico obstetra ou assistente na orientação às trabalhadoras grávidas ou lactantes em situação de trabalho, 83,3% das respondentes quando grávidas foram abordadas quanto à ocupação. Contudo, somente um pouco mais da metade (52,4%) dessas trabalhadoras recebeu alguma orientação sobre cuidados e restrições, com vistas a proteger a saúde da gestante, conceito, feto e lactente. Quando da fase de amamentação, 68,3% das respondentes mães não receberam orientação alguma do médico sobre como se proteger e a seu bebê dos riscos nos ambientes de trabalho.

Se as trabalhadoras foram abordadas sobre a ocupação, era de se esperar que todas recebessem orientações, tendo em vista os riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho do setor hospitalar. Ressalta-se ainda que foi significativo o percentual de trabalhadoras que receberam orientações, mas, que não as comunicaram ao empregador (26,9%).

Tais resultados demonstram que ainda há um lacuna de informações e de preocupação sobre os riscos ocupacionais e a proteção da maternidade, por parte dos médicos, das trabalhadoras e da equipe de SST das unidades hospitalares. Ademais, não se

pode ignorar a possibilidade da não comunicação das orientações médicas recebidas pelo medo de ser despedida, no caso das celetistas, e pelo receio de ser discriminada por estar grávida^{35,137,138}. As principais medidas de proteção do trabalho da gestante buscam evitar que a maternidade se constitua em uma fonte de discriminação no emprego¹⁶⁵.

Outro fato que confirma esta lacuna são os relatos de aparente negação dos riscos tanto por parte da trabalhadora quanto do empregador, tais como: “Nenhuma restrição ao trabalho, continuei assistindo todos meus doentes, considero que não houve nenhum prejuízo para mim, para minha gestação ou para minhas filhas”. “Nenhuma recomendação. Segui dando plantões normalmente, atendendo pacientes de risco no ambulatório até a semana 37 quando fui ganhar meus filhos”. “Houve orientação por parte da obstetra, porém não fui realocada. Trabalhei o período gestacional no setor de infectologia. A chefia da divisão da enfermagem falou que eu havia prestado concurso para a assistência e não para administrativo”. “Não houve nenhuma restrição, trabalhei normalmente inclusive em isolamento temporário”. “Sempre trabalhei até os nove meses”. “Trabalhei normalmente como se não estivesse grávida”.

Além disso, ao serem questionadas sobre outras recomendações recebidas a respeito da amamentação no local de trabalho, algumas relataram que consultaram outras fontes (Ex.: Google e Instagram) porque não receberam orientações no trabalho, nem do obstetra ou pediatra. Algumas permaneceram nas mesmas atividades porque não foram orientadas. Houve trabalhadora que nem mesmo chegou a amamentar. Mesmo que tenham tido a permissão para sair mais cedo do trabalho ou tenham tido local para amamentação e ordenha, isso não significa que estavam protegidas contra os riscos existentes no ambiente de trabalho que, indiretamente, via mãe, podem afetar o lactente^{15,77-80,82,83,85,87,120}.

Em estudo que comparou a gestão da proteção à maternidade em três instituições de saúde suíças concluiu-se que, para além de melhorar a implementação de procedimentos formais, há que se disponibilizar recursos suficientes para que as equipes de trabalho possam apoiar as trabalhadoras grávidas e para que a proteção da gravidez no trabalho seja por meio de uma abordagem participativa que inclua as trabalhadoras, os seus colegas, a direção e uma equipe multidisciplinar de SST⁸⁸.

Queixas relacionadas ao trabalho durante a gestação

Ao serem questionadas sobre queixas de saúde relacionadas ao trabalho durante a gestação, muitas trabalhadoras também expressaram suas dificuldades e angústias à época da gravidez. Para além das queixas de saúde, a maior parte dos relatos expuseram também as condições de trabalho. A complexidade das respostas das 81 trabalhadoras que relataram

queixas, aparentemente, demonstra a pouca compreensão do que é SST e suas relações com a maternidade, e reforça a necessidade de escuta ou de se compartilhar as situações vivenciadas. Alguns relatos sobre as condições de trabalho apontaram: escala pouco flexível estabelecida antes da gestação; remoção do local de trabalho sem realocação; falta de tempo para amamentação e de condições de extração de leite; os plantões foram mantidos, sem cama para descanso no plantão noturno; desencadeamento de trabalho de parto após RCP em PCR; estresse e preconceito.

Isto também é evidenciado pelo fato de que 38,6% dessas trabalhadoras discordaram que tinham conhecimento suficiente sobre legislação específica aplicada à proteção da maternidade no ambiente de trabalho, e 43,9% sobre ter conhecimento suficiente das medidas de proteção da maternidade instituídas em seu local de trabalho. Pode-se inferir, portanto, que há pouco envolvimento da equipe de SST dos hospitais com as questões relacionadas à proteção da maternidade no local de trabalho, e que a participação das trabalhadoras é mínima ou nenhuma na discussão e tomada de decisão, contrariando o que é preconizado pela literatura, normas regulamentadoras nacionais, diretivas internacionais, convenções e recomendações da OIT^{6,81,88,110,111,154}.

Quase a totalidade das trabalhadoras (98,7%) que relataram queixas de saúde relacionadas ao trabalho tinham entre 32 e 45 anos, 32,0% trabalhavam no turno noturno/plantão de 12 horas, e as que trabalhavam com pelo menos 1 plantão de 12 ou 24 horas representaram 69,0%. Ademais, 14 dessas trabalhadoras declararam esquemas de múltiplas jornadas de trabalho no mesmo hospital, como no caso das enfermeiras que trabalhavam nos setores de Terapia Intensiva e Ambulatorial. São várias as evidências científicas sobre os riscos do trabalho noturno e em turnos na saúde geral e reprodutiva da trabalhadora^{15,86,87}. Conforme a Recomendação N° 191 da OIT, Parágrafo 6(4), as proibições gerais de trabalho perigoso, bem como trabalho noturno e horas extras para todas as mulheres são contrárias ao princípio da igualdade de oportunidades e tratamento no emprego e profissão, e contribuem para a discriminação de gênero no trabalho³⁴. Contudo, há que se assegurar às trabalhadoras grávidas que não sejam obrigadas a trabalhar em turnos noturnos quando tal for clinicamente indicado por um atestado médico, a exemplo da Diretiva 92/85/EEC¹¹¹.

Esses relatos de queixas de saúde relacionadas ao trabalho, durante a gestação, também corroboram as evidências da literatura, como por exemplo, as dores do tipo lombalgia, pélvica, ciatalgia, nos MMSSII e joelho^{25,83}; edemas⁸⁰; estresse e ansiedade^{16,83,84,126,127}; infecção urinária⁸³; privação do sono por trabalho noturno^{99,197,198}; enjoos^{80,92}; sangramento vaginal¹³; síndrome do túnel do carpo¹³ etc.

Decorrências relacionadas à gestação e o afastamento do trabalho

As categorias profissionais que mais se afastaram do trabalho por decorrências relacionadas à gestação foram as técnicas de enfermagem (42%) e as enfermeiras (39%), principalmente as do setor Ambulatorial. No setor de Terapia Intensiva, 24,0% relataram afastamento, sendo as enfermeiras (50,0%) as que mais se afastaram e, inclusive, no setor de Urgência, também foram as que mais se afastaram, seguidas pelas médicas.

Os motivos de afastamento dessas trabalhadoras encontram-se descritos na literatura científica como intercorrências comuns à gestação¹¹, que também podem ser agravadas pelas condições de trabalho. Estas intercorrências também foram estudadas por Villar et al. em uma coorte espanhola de trabalhadoras da saúde. E nesta população específica, eles constataram que o uso da licença médica ou benefício por auxílio-doença estava relacionado aos baixos níveis de exposição a riscos ocupacionais e, principalmente, às intercorrências comuns à gravidez e aos distúrbios musculoesqueléticos⁸⁷.

Entre os motivos de afastamento das trabalhadoras dos dois hospitais brasileiros estudados, o grupo das Alterações da Duração da Gestação teve a ameaça de parto prematuro^{15,84} como o tipo de agravo mais relatado, além das contrações uterinas precoces e espontâneas, trabalho de parto prematuro (TPP)^{15,79,84} e parto pré-termo (PT)^{83,84}. No grupo de Síndromes Hemorrágicas, destacaram-se o sangramento¹³, aborto espontâneo^{15,77,83,85-87,92}, ameaça de aborto^{15,84}, descolamento prematuro de placenta – DPP^{83,85}, gestação ectópica⁹² e placenta prévia^{83,85}, que pode estar associada à idade materna avançada.

Quanto às Síndromes Hipertensivas da Gravidez, houve relatos de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez – DHEG, hipertensão arterial e hipertensão gestacional^{13,16,84,126}. De acordo com a literatura científica, a pré-eclâmpsia (DHEG), que pode ocorrer isoladamente ou associada à hipertensão arterial crônica, não deve ser menosprezada por estar relacionada aos piores resultados, maternos e perinatais²⁰⁵.

Ressalta-se que o edema de membros inferiores (Edema MMII)^{61,80}, embora considerado fisiológico e muito comum durante a gravidez, por atingir 80% das gestantes²⁰⁶, só foi relatado uma única vez como causa de afastamento do trabalho, ocorrendo o mesmo com outro relato de edema associado a bradicardia fetal. No grupo das “Síndromes Dolorosas Associadas à Gestação”, foram citadas a lombalgia, ciatalgia, dor pélvica, “neurite” na região torácica e Síndrome do Túnel do Carpo, sendo as duas últimas também comuns na gestação^{25,83,124}.

Enjoo, tontura, náuseas e vômitos^{80,92} foram relatados no grupo de “Náuseas e Vômitos na Gravidez”, e pressupõe-se que eles também foram de hiperêmese gravídica por

terem acontecido durante a gestação e, inclusive, com afastamento do trabalho, sugerindo náusea extremamente forte e vômitos excessivos. Houve somente 2 relatos de “Infecção Urinária”^{11,83}, embora muito comum na gravidez. Dentre os “Desvios do Crescimento Fetal”, o Retardo de Crescimento Intrauterino Restrito (RCIU)^{15,83} foi relatado. Outros agravos relatados foram fadiga⁸⁰ e hipotensão.

O maior tempo médio de dias de afastamento do trabalho, por grupo de causas, foi devido às “Síndromes Hemorrágicas” (DP 48,0), em seguida pelos grupos de “Alterações da Duração da Gestação” (DP 35,3) e de “Náuseas e Vômitos na Gravidez” (DP 44,5). Contudo, foram as “Síndromes Dolorosas Associadas à Gestação” que tiveram o tempo de afastamento mais homogêneo. Segundo alguns estudos, as dores do tipo cintura pélvica e lombar são as causas mais frequentes de ausência no trabalho por gestantes^{24,124}.

Um estudo ao investigar a prevalência e os motivos autorrelatados para licenças médicas durante a gravidez, constatou que a prevalência de licença médica foi de 56% entre as gestantes ocupadas nas primeiras 32 semanas de gestação, e que mais de uma em cada quatro relataram licença médica de longa duração (> 20 dias, contínua ou intermitente)²². Truong et al em estudo transversal baseado na web, em 12 países europeus, concluíram que os motivos mais comuns de afastamento foram as complicações na gravidez (26,5%); dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (16,2%), além de náuseas e vômitos (16,0%)²³.

Dentre as trabalhadoras que se afastaram do trabalho devido a agravos relacionados à gestação (100), as que tinham entre 39 e 45 anos foram as que mais se afastaram, seguidas por aquelas com 32 a 38 anos. A maioria tinha jornada do tipo Plantão Dia – 12 horas e Plantão Noite – 12 horas e, na jornada por turno, o Diurno – 6 horas e o Diurno – 8 horas. Entre essas trabalhadoras, 17 relataram mais de um tipo de jornada no mesmo hospital, e somente no setor de urgência não houve múltiplas jornadas. Novamente, o tipo de jornada e a idade materna avançada da maioria das trabalhadoras que se afastaram assinalam a possibilidade de conexão entre os fatores de organização do trabalho, e o desencadeamento ou agravamento das intercorrências por elas relatadas, conforme evidências da literatura científica^{15,83,84,86–88}.

Para além do afastamento por doenças ou acidentes relacionados ao trabalho, com normas específicas, há que se garantir às trabalhadoras o afastamento por licença médica em caso de doença, intercorrência ou risco de intercorrência na gravidez ou parto, e durante um período após seu retorno ao trabalho, conforme o art. 8 da Convenção nº 183 da OIT¹⁰⁸.

Ademais, os agravos relacionados ao trabalho e à gestação que foram relatados, pelas trabalhadoras com experiência de gravidez dos dois hospitais desta investigação, reforçam a necessidade de programas de modificação de tarefas no ambiente de trabalho similares, por

exemplo, ao Programa de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (WHP)⁹⁹ que introduziu o turno rotativo de avanço rápido, mais protetor que outra programação (turnos rotativos lentos ou intermediários, programação de rotação reversa), períodos de descanso entre turnos consecutivos (> 11 horas) e um dia de descanso após um turno noturno. Os resultados desse programa mostraram a eficácia da programação ergonômica, em conjunto com medidas orientadas para o indivíduo, na minimização do impacto do trabalho por turnos na saúde de enfermeiros e na prevenção do desalinhamento entre o ritmo sono-vigília e o trabalho por turnos.

Outros exemplos de iniciativas com possibilidades de adaptação para a população deste estudo são os programas para trabalhadores com incapacidade parcial e temporária para o trabalho, como o programa de gerenciamento de risco para redução de sintomas musculoesqueléticos em enfermeiros²⁰⁰, o programa *Spine Care for Nurses* com foco na redução da síndrome de dor lombar crônica inespecífica¹⁹⁹, o estudo de taxonomia das tarefas comuns de profissionais da enfermagem com avaliação da carga física de trabalho e criação de índice de risco¹⁹⁵, a avaliação do trabalho em turno rotativo com uso de questionário¹⁹⁷ e o de prevenção de transtornos relacionados ao trabalho em turnos, em enfermeiros⁹⁹, além do estudo sobre Sistemas de Gerenciamento de Risco de Fadiga (FRMS) para lidar com a fadiga dos enfermeiros em hospitais²⁰².

4.3. Sobre as trabalhadoras e a percepção dos riscos ocupacionais

Para a formulação e implementação de medidas que protejam a saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras dos setores hospitalares de assistência direta à saúde, faz-se necessário conhecer e considerar a percepção que estas trabalhadoras têm dos riscos ocupacionais a que estão expostas. A discussão sobre os riscos ocupacionais precisa ir além do afastar ou não a gestante do trabalho. Para que a comunicação e o gerenciamento dos riscos sejam efetivos³⁹, os conhecimentos subjetivos e objetivos devem ser complementares na avaliação dos riscos ocupacionais⁴⁰ à saúde da grávida, lactante ou criança.

As percepções dos trabalhadores têm um grau significativo de subjetividade porque são um processo interpretativo de uma dada realidade organizacional, refletindo a visão que cada trabalhador tem sobre os riscos aos quais está exposto. A despeito das influências e vieses que essas percepções possam ter, é crucial compreender que para o trabalhador elas são vivenciadas como reais e objetivas, orientando suas atitudes e decisões^{39,40}. Semelhantemente, na elaboração de políticas e programas de proteção da maternidade, em que é importante a participação ativa dos trabalhadores, eles trazem consigo suas próprias

experiências e percepções^{166,167}. Cabe ressaltar que neste estudo essas influências não foram analisadas.

Nesta investigação, foi possível observar a alta percepção dos riscos pelas trabalhadoras dos setores Ambulatorial, de Terapia Intensiva, Urgência e Oncologia dos hospitais estudados. Considerando o total geral de respondentes (n= 488), quase todos os riscos tiveram percentuais acima de 90,0%, sendo que os riscos biológicos^{78,79,81,83,95} e os fatores de esforço físico^{15,80,83,87,88} chegaram a quase 100%. Somente a radiação ionizante^{15,77,80,83,85,87}, o único risco físico estudado, destoou desse quadro por ter tido a menor percepção em percentual de respondentes (36,5%).

A percepção dos riscos foi maior com o aumento da faixa etária, entre as trabalhadoras celetistas e entre aquelas com 5 ou mais anos na atividade. Em comparação com as outras categorias profissionais, as médicas tiveram os menores percentuais de reconhecimento desses riscos no ambiente de trabalho.

Os riscos biológicos, de esforço físico, e os fatores de risco psicossociais^{15,25,83,85-87} e predisponentes a acidentes^{83,86,87} foram mais identificados pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, por trabalhadoras do setor Ambulatorial, por aquelas com 5 ou mais anos na atividade e com vínculo celetista.

Os riscos químicos e o físico (radiação ionizante) foram mais percebidos pelas enfermeiras. Quanto ao setor, o risco à radiação ionizante teve maior percentual entre as trabalhadoras da Terapia Intensiva (15,6%). Há que se destacar os baixos percentuais de percepção do risco de exposição à radiação ionizante nos setores de Urgência (4,3%) e de Oncologia (3,1%).

Esses resultados, ao serem analisados na perspectiva da experiência de gravidez relatada por 347 trabalhadoras e das orientações por elas recebidas do médico, sobre gravidez, amamentação e trabalho, indicam a possibilidade de impacto positivo na percepção desses riscos ocupacionais pelas trabalhadoras. O percentual de trabalhadoras com experiência de gravidez que receberam orientações relacionadas à gravidez e trabalho foi de 52,4%, e de 32,3% para as que receberam orientações sobre amamentação e trabalho.

A percepção dos riscos ocupacionais pesquisados, para aquelas que receberam orientações sobre gravidez e trabalho, foi acima de 92,0% para os riscos biológicos e de esforço físico, e acima de 85,0% para os fatores predisponentes a acidentes e fatores psicossociais. Quanto aos riscos químicos, o percentual foi de 65,9%, chegando a 71,4% entre as que receberam orientações sobre amamentação e trabalho, o que é bem significativo, dada a importância de se informar e orientar as gestantes e nutrizes sobre a possibilidade de transmissão dos agentes químicos para o lactente, via leite materno⁸³.

O risco físico, especificamente as radiações ionizantes, também teve o menor percentual de percepção (37,9%) entre aquelas que receberam orientações durante a gravidez. Como descrito na literatura, possivelmente, pelo desconhecimento da intensidade da radiação proveniente, por exemplo, do uso intraoperatório da fluoroscopia em Arco C¹²¹. Por um lado, a falta de conhecimento e a desinformação sobre o risco de exposição ocupacional à radiação antes da concepção e durante a gravidez podem causar medo infundado, levando à ansiedade e a alterações nas escolhas profissionais e familiares. Mas, por outro lado, a negligência e o não cumprimento das práticas atuais de radioproteção podem ser perigosos para as gestantes, profissionais de saúde ou não, e para o feto²⁰⁸.

Riscos biológicos

Entre os riscos biológicos, as exposições a sangue (94,0%), soro/plasma (82,5%) e fluidos com sangue (50,5%) foram as mais identificadas pelas trabalhadoras, além de fezes/urina (82,9%) e secreções (79,0%). O risco de exposição a esses materiais também foi percebido em todos os setores, principalmente no de Terapia Intensiva (acima de 94,0%). As trabalhadoras com 3 a 4 anos foram as com maior declaração de não exposição a esses materiais biológicos estudados (17,4%).

As auxiliares e técnicas de enfermagem, em comparação com as enfermeiras e médicas, se destacaram ao reconhecer sangue (97,6%), fluido com sangue (88,3%) e fezes e urina (90,3%). Já as enfermeiras, em comparação com as demais categorias, se destacaram na percepção de líquido (40,1%), líquido pleural (37,4%), líquido ascítico (52,9%) e secreções (81,8%). As médicas se destacaram na identificação do líquido amniótico (20,0%) e soro/plasma (56,5%), e foram as com maior percentual de não exposição a risco biológico (8,2%). Conforme o observado na análise dos resultados de identificação dos riscos biológicos, seria interessante investigar por que as trabalhadoras com 3 a 4 anos tiveram um percentual relativamente alto de não exposição (17,4%) e as médicas em comparação às outras categorias profissionais.

Riscos químicos

Os produtos químicos mais identificados no ambiente de trabalho foram as drogas antineoplásicas (54,2%) e os agentes desinfetantes e esterilizantes (42,4%). Não menos importante, apesar do baixo percentual (7,1%), foi a identificação dos produtos químicos radioativos. No geral, entre as trabalhadoras que perceberam pelo menos um dos riscos químicos, o percentual de trabalhadoras na faixa etária de 39 a 45 anos foi o maior (42,8%).

Os percentuais de não exposição foram expressivos em todas as faixas etárias, entre 22,6% e 36,7%, mesmo diminuindo com a idade. Quanto ao tempo na atividade, observou-

se que esses percentuais foram ainda mais significativos, chegando a 77,8% entre as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade e a 50,0 % entre as com 3 a 4 anos. Por setor, os percentuais de não exposição foram maiores nos setores de Urgência (44,2%) e Ambulatorial (34,7%).

As drogas antineoplásicas foram percebidas em todas as faixas de tempo na atividade, sendo maior na faixa de 5 ou mais anos (56,8%). O formaldeído/formol só foi percebido a partir da faixa de 1 a 2 anos (23,8%) e os produtos químicos radioativos foram mais percebidos entre aquelas com menos de 1 ano na atividade (11,1%).

Quanto ao setor de atividade, as drogas antineoplásicas, com exceção do setor de Urgência (28,8%), foram os agentes mais percebidos pelas trabalhadoras, sobretudo nos setores de Oncologia (92,7%) e de Terapia Intensiva (71,0%). Em seguida, destacaram-se os desinfetantes e esterilizantes com os seguintes percentuais: 58,0% (STI); 42,3% (SU); 38,4% (SA) e 27,3% (SO). Formaldeído/formol foi o terceiro agente, no geral, mais percebido pelas trabalhadoras nos setores Ambulatorial (22,4%), de Urgência (23,1%) e de Terapia Intensiva (13,0%). Produtos químicos radioativos foram mais percebidos por trabalhadoras dos setores de Oncologia (10,9%) e de Terapia Intensiva (10,0%).

A equipe de enfermagem (AE/TE/E) apresentou os maiores percentuais de identificação dos riscos químicos por categoria, com destaque para as enfermeiras que só não tiveram percentual mais elevado para produtos químicos radioativos (7,3%). Novamente, as médicas foram as que menos reconheceram esses riscos e as que mais relataram a não exposição (54,8%).

Frente aos potenciais riscos à saúde das trabalhadoras em idade fértil, gestantes ou nutrízes, bem como do conceito, feto e lactante^{15,77,80,82,83,85,87,92}, são preocupantes, por um lado, os expressivos percentuais de percepção da exposição a agentes químicos em diversos ambientes de trabalho e por algumas categorias, e, por outro lado, a não percepção de exposição a esses riscos em todas as faixas etárias, entre as trabalhadoras com menos de 1 ano e com 3 a 4 anos na atividade, e nos setores Ambulatorial e de Urgência. Portanto, é preciso aprofundar a investigação por meio da avaliação de risco realizada por profissional competente em SST, para a tomada de decisão quanto às medidas de proteção e de capacitação.

Risco físico

Quanto à radiação ionizante, entende-se que também é preciso aprofundar a investigação por ter sido o menos percebido (36,5%) nos ambientes de trabalho, em comparação aos outros tipos de risco. Contudo, foi significativa a percepção das

trabalhadoras que preferiram não declarar o setor de trabalho (60,0%) e entre as que trabalham no setor de terapia intensiva (75,2%). Inclusive, a percepção não teve grande variação por faixa etária, sendo que as trabalhadoras com 39 a 45 anos (38,9%) tiveram maior percepção. Com cautela, é possível inferir que a baixa percepção desse risco corrobora o que é descrito na literatura sobre o possível desconhecimento da intensidade da radiação e de seus possíveis efeitos na saúde¹²¹.

Riscos biomecânicos e de acidentes

Os longos períodos em pé, o levantamento de objetos pesados e procedimentos com pacientes foram os principais fatores de esforço físico destacados, chegando a mais de 75,0% das respondentes. Já a flexão prolongada de coluna foi identificada por 56,1% e outras posturas extremas ou nocivas por 47,0%. Esses fatores identificados encontram-se descritos na literatura científica como tendo potencial impacto na saúde da trabalhadora gestante dos serviços de saúde, ocasionando ou intensificando dores de diversos tipos, como a cintura pélvica e a lombalgia que são as causas mais frequentes de ausência no trabalho por gestantes^{25,124}. E podem favorecer o estresse fetal, a restrição de crescimento intrauterino, o baixo peso e a prematuridade^{83,86}, além de aborto espontâneo⁸⁶ e alterações teratogênicas⁸³.

Nesta investigação, em todas as faixas etárias e setores estudados, os fatores mais identificados pelas trabalhadoras foram longos períodos em pé (75,3% a 83,3%), e levantamento de objetos pesados/procedimentos com pacientes e flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada, com percentuais nas casas dos 70,0% e 50,0%, respectivamente. As trabalhadoras do setor de Terapia Intensiva tiveram os maiores percentuais desses três fatores, sendo 91,3%; 84,5% e 66,0%, respectivamente. As trabalhadoras com 32 a 45 anos foram as com maior percepção, ao se considerar aquelas que identificaram pelo menos um dos fatores estudados, no ambiente de trabalho.

Todas as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade relataram exposição a algum tipo de fator de esforço físico. O levantamento de objetos pesados e procedimentos com pacientes foi mais identificado por trabalhadoras com 1 a 2 anos (81,0%) e 5 ou mais anos (76,7%) na atividade. Longos períodos em pé por aquelas com menos de 1 ano (80,0%) e 5 ou mais anos (78,1%), e as posturas extremas ou nocivas por trabalhadoras com 5 ou mais anos (47,9%) e 1 a 2 anos (47,6%).

As trabalhadoras com 3 a 4 anos (43,5%) e 5 ou mais anos (21,2%) foram as que mais perceberam os longos períodos sentadas. A flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada foi mais identificada por aquelas com 5 ou mais anos (57,9%) e 1 a 2

anos (47,6%). Já a demanda recorrente de subir e descer escada teve maiores percentuais entre aquelas com 3 a 4 anos (30,4%) e 5 ou mais anos de atividade (27,2%).

A equipe de enfermagem (AE/TE/E) se destacou na percepção dos riscos de esforço físico no ambiente de trabalho. As AE/TE são as que mais referiram longos períodos em pé (80,0%), ao tempo que poucas (5,9%) os longos períodos sentadas. As enfermeiras, normalmente em posição de chefia das auxiliares e técnicas, embora tenham referido longos períodos em pé (75,4%), apontaram também os longos períodos de trabalho sentado (27,8%). Já as médicas apresentaram os maiores percentuais de trabalho sentado por longos períodos (45,3%), mas, também, tiveram percentual elevado de trabalho prolongado em pé (62,8) e o maior percentual de demandas recorrentes de subir e descer escada (39,5%). Contudo, novamente, as médicas tiveram o maior percentual de não exposição aos fatores pesquisados (5,8%).

Como fatores predisponentes a acidentes, a maioria das respondentes identificaram a disposição e mobiliários inadequados (62,2%), e as condições térmicas de calor e frio (60,9%). As ferramentas ou instrumentais inadequados e defeituosos foram identificados por 43,3% das trabalhadoras. Como evidenciado pela literatura científica, alguns estressores ergonômicos aumentam o risco de acidentes com quedas, acidentes automobilísticos e de acidentes com material biológico. Os possíveis desfechos nesses casos são estresse fetal, trauma abdominal com lesão uterina, descolamento prematuro de placenta; restrição do crescimento intrauterino e prematuridade; e o risco de morte fetal que aumenta com o avançar da gestação^{83,86,87}.

Ao se considerar as trabalhadoras que perceberam pelo menos um dos fatores predisponentes a acidentes, as faixas etárias que se sobressaíram foram a de 39 a 45 anos (49,4%) e de 32 a 38 anos (32,1%). Ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos foram mais percebidos pelas trabalhadoras com 18 a 31 anos. O fator mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada foi mais identificado pelas trabalhadoras com 32 a 45 anos (acima de 61,0%) e a iluminação inadequada por 34,8% da faixa etária de 39 a 45 anos e por 33,3% da faixa de 18 a 31 anos. O percentual de piso escorregadio foi maior na faixa de 32 a 38 anos (30,7%). Mais de 60% das trabalhadoras, no geral e por faixa etária, identificaram as condições térmicas como fatores de risco no ambiente de trabalho.

Os três fatores predisponentes a acidentes mais percebidos, a despeito do setor de trabalho, foram mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada (a partir de 50,0%), condições térmicas (acima de 42,0%) e ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos (a partir de 37,0%). As trabalhadoras do setor de Urgência foram as que mais perceberam os fatores de condições térmicas (69,8%), de mobiliários inadequado e/ou

disposição inadequada (66,0%), de iluminação inadequada (41,5%) e de piso escorregadio (32,1%). Os setores com maiores percentuais de não exposição a esses fatores foram o de Oncologia (18,5%) e o ambulatorial (13,4%).

Ferramentas ou instrumentos inadequados ou defeituosos tiveram maior percentual entre as trabalhadoras com 5 ou mais anos na atividade (45,3%). O percentual de identificação de mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada foi maior entre as trabalhadoras com 3 a 4 anos (65,2%) e 5 ou mais anos (63,5%), o de iluminação inadequada entre as com 5 ou mais anos (33,7%), o de piso escorregadio ou com irregularidades entre as com 5 ou mais anos (27,9%) e o de condições térmicas entre as com 3 a 4 anos (69,6%). Entre as trabalhadoras que não identificaram nenhum desses riscos, 44,4% tinham menos de 1 ano na atividade, 15,5% eram auxiliares e técnicas de enfermagem e 14,1% médicas.

Praticamente, todas as categorias profissionais tiveram a mesma percepção da iluminação inadequada, próximo de 32,0%. As ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos tiveram percentuais maiores nas categorias que compõem a equipe de enfermagem, sendo maior para as auxiliares e técnicas de enfermagem (47,5%). A maioria das trabalhadoras, a despeito da CBO, identificou os mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada, tendo as enfermeiras o maior percentual (68,5%). As condições térmicas, calor e frio, foram o fator mais percebido entre as auxiliares e técnicas de enfermagem (62,5%) e médicas (62,4%). O fator com a menor percepção entre as categorias foi o piso escorregadio ou com irregularidades (24,9% a 30,6%).

A Recomendação nº 191 da OIT orienta que, para a proteção da maternidade, deve-se fazer avaliações de riscos nos ambientes de trabalho e que medidas de proteção também devem ser tomadas quanto aos riscos biomecânicos e organizacionais, como trabalhos árduos que envolvam levantar, carregar, empurrar ou puxar cargas manualmente e trabalhos que envolvam esforço físico (longos períodos sentado ou em pé, sob temperaturas extremas ou vibração), além de trabalho que requer equilíbrio especial^{34,147}.

Fatores de risco psicossociais

Os fatores psicossociais com as maiores frequências de respondentes foram os ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (54,2%), o trabalho em turno noturno (40,6%) e as relações interpessoais difíceis no trabalho (33,5%), entre vários outros com fortes evidências científicas e relacionados à organização do trabalho^{15,25,83,85-87}.

Os ritmos excessivos ou intensidade de trabalho foram percebidos por mais de 71,0% das trabalhadoras dos setores de Urgência e de Terapia Intensiva, diminuindo com o aumento da faixa etária, e sendo mais percebido entre as trabalhadoras com 1 a 2 anos na atividade

(60,0%). O trabalho noturno também teve seus maiores percentuais entre as trabalhadoras dos setores de Urgência (75,5%) e de Terapia Intensiva (50,5%), diminuindo com o aumento das faixas etárias e de tempo na atividade.

Comparativamente aos fatores de risco psicossociais acima citados, foi baixa a percepção das exigências exageradas de produtividade, da gestão não imparcial de pessoas e do trabalho, do trabalho em rodízio de turnos, do desrespeito às atribuições da carreira (na casa dos 16,0% cada) e do controle rígido de produtividade (10,8%). Esses fatores também têm relação direta com a organização do trabalho e estão interligados^{15,83,84,86-88}.

Cabe ressaltar que somente 20,6% das trabalhadoras perceberam as múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais como fator que pode impactar negativamente a saúde, a maternidade e o trabalho. Esse fator foi mais percebido pelas médicas (46,5%), trabalhadoras do setor de Urgência (35,8%), entre aquelas com menos de 1 ano (33,3%) e 3 a 4 anos (30,4%) na atividade, e foi homogêneo nas faixas etárias (cerca de 21,0%).

Em estudo de Antolínez et al. (2017), as entrevistadas consideraram que trabalharam excessivamente durante a gravidez, e que o estresse causado pela atividade e carga de trabalho foram riscos à gestação, inclusive, com desfechos negativos como ameaça de trabalho de parto prematuro, ameaça de aborto, trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão gestacional⁸⁴.

Dentre as trabalhadoras que perceberam pelo menos 1 dos riscos psicossociais pesquisados, as trabalhadoras com idade entre 32 e 45 anos foram as que mais perceberam os riscos (86,0%). Contudo, essas trabalhadoras, ainda que com percentuais pequenos, foram as que mais relataram a inexistência ou não exposição a esses riscos. Quanto a não saber responder sobre os riscos psicossociais, as trabalhadoras com 18 a 31 anos (6,7%) tiveram o maior percentual, seguidas por aquelas da faixa de 39 a 45 anos (4,1%). Os setores com maiores percentuais de não reconhecimento desses fatores foram o de Oncologia (12,7%) e o Ambulatorial (6,5%). Ressalta-se que em todos os setores houve trabalhadoras que não souberam responder sobre os fatores psicossociais, mesmo que em baixos percentuais (1,9% a 4,3%).

Quanto à não identificação de estressores psicossociais no ambiente de trabalho, ou seja, percentual zero de identificação, as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade não perceberam o controle rígido de produtividade, a monotonia e repetitividade, a gestão demasiadamente burocrática, a gestão imparcial de pessoas e do trabalho, o desrespeito às atribuições da carreira e o assédio moral por estar grávida ou amamentar. Aquelas com 1 a 2 anos e 3 a 4 anos na atividade não reconheceram o assédio moral por estar grávida ou amamentar enquanto fator de risco, assim como as trabalhadoras com idade entre 18 e 31

anos. Estas últimas, possivelmente, por não terem ainda engravidado, conforme observou-se na desagregação desse fator de risco por faixa etária e experiência de gravidez.

Já o não reconhecimento de nenhum dos fatores psicossociais estudados teve seu maior percentual entre as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade (11,1%), seguidas por aquelas com 3 a 4 anos (8,7%), que, também, foram as que menos souberam responder (8,7%) sobre eles. Comparando as categorias profissionais, as auxiliares e técnicas de enfermagem foram as que se destacaram no não reconhecimento desses fatores (6,4%) e por não saberem responder (5,4%). As trabalhadoras do setor de Oncologia (12,7%) e as com 39 a 45 anos (6,4%) foram as com maior percentual de não reconhecimento desses fatores.

Para as trabalhadoras mais jovens, de 18 a 31 anos, os estressores psicossociais mais presentes no ambiente de trabalho foram os ritmos excessivos de intensidade de trabalho (63,3%) e trabalho em turno noturno (43,3%) e os menos percebidos foram a gestão não imparcial e desrespeito às atribuições da carreira (10,0%). Na faixa etária de 32 a 38 anos, os fatores mais percebidos foram ritmos excessivos (57,6%), trabalho em turno noturno (42,4%) e relações interpessoais difíceis no trabalho (36,4%). As trabalhadoras na faixa etária de 39 a 45 anos perceberam mais os ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (50,8%), o trabalho em turno noturno (39,0%) e as relações interpessoais difíceis no trabalho (32,3%).

Por setor de trabalho, os fatores de risco psicossociais mais identificados pelas trabalhadoras do setor Ambulatorial foram ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (47,1%), relações interpessoais difíceis no trabalho (35,3%), trabalho em turno noturno (33,8%) e gestão demasiadamente burocrática (32,0%). No setor de Urgência, foram o trabalho em turno noturno (75,5%), ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (71,7%), relações interpessoais difíceis no trabalho (37,7%) e múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais (35,8%). Na Terapia Intensiva, as trabalhadoras perceberam mais o ritmo excessivo (71,8%), trabalho em turno noturno (50,5%) e relações interpessoais difíceis no trabalho (37,9%). E no setor de Oncologia, os fatores de ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (47,3%), trabalho em turno noturno (29,1%), trabalho em rodízio de turnos e exigências exageradas de produtividade (21,8%) foram os mais identificados.

Comparando as várias faixas de tempo na atividade, as trabalhadoras com menos de 1 ano perceberam mais o trabalho em turno noturno (66,7%), a jornada de trabalho prolongada e as múltiplas jornadas de trabalho (33,3% cada) e o trabalho em rodízio de turnos (22,2%). Aquelas com 1 a 2 anos na atividade perceberam mais os ritmos excessivos, e as com 3 a 4 anos a monotonia e repetitividade (26,1%), gestão demasiadamente burocrática (43,5%) e desrespeito às atribuições da carreira (17,4%). As trabalhadoras com

5 ou mais anos na atividade se destacaram na percepção das relações interpessoais difíceis no trabalho (35,8%), nas exigências exageradas de produtividade (17,1%), na gestão não imparcial de pessoas e trabalho (17,3%), no controle rígido de produtividade (11,7%) e no assédio moral por estar grávida ou amamentar (5,4%).

Ainda, quanto ao assédio moral, embora com baixos percentuais, ele foi mais identificado pelas médicas (8,1%), pelas trabalhadoras estatutárias (6,8%) e do setor de Urgência (7,5%), por aquelas com 32 a 38 anos (5,4%) e 39 a 45 anos (4,9%) de idade, e pelas trabalhadoras com 5 ou mais na atividade, que foram as únicas a reconhecê-lo como fator de risco psicossocial. Segundo Cipriano (2015), as trabalhadoras gestantes passam por vários constrangimentos, emocionais e psicológicos, em um período de grande sensibilidade. Já que não podem ser demitidas por justa causa, conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas e Constituição Federal brasileira (CRFB/88), acabam sofrendo o assédio moral nos lugares onde trabalham⁶³.

Os dois fatores comuns às várias categorias profissionais com maiores percentuais de percepção foram o trabalho em turno noturno, com percentuais entre 37,5% e 45,3%, e ritmos excessivos ou intensidade do trabalho, com percentuais entre 48,8% e 62,5%. Dentre as trabalhadoras que identificaram pelo menos um dos fatores de risco psicossociais, as que fazem parte da equipe de enfermagem obtiveram os maiores percentuais, ou seja, 38,0% das respondentes eram auxiliares e técnicas de enfermagem, e 36,2% enfermeiras.

Comparando os fatores e as categorias profissionais, em termos de maiores percentuais de percepção, as auxiliares e técnicas de enfermagem se destacaram ao reconhecerem a monotonia/repetitividade como fator de risco. As enfermeiras tiveram os maiores percentuais de ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (62,5%), relações interpessoais difíceis no trabalho (42,4%), exigências exageradas de produtividade (19,0%), controle rígido de produtividade (13,0%) e gestão não imparcial de pessoas e do trabalho (17,4%). Já as médicas se destacaram na percepção da gestão demasiadamente burocrática (48,8%), das múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais (46,5%), do trabalho em turno noturno (45,3%) e em rodízio de turnos (31,4%), da jornada de trabalho prolongada (30,2%), do desrespeito às atribuições da carreira (20,9%) e do assédio moral por estar grávida ou amamentar (8,1%).

Os dois fatores psicossociais mais percebidos pelas trabalhadoras de ambos os vínculos de emprego foram os ritmos excessivos de trabalho (na casa dos 50,0%), e o trabalho em turno noturno (na casa dos 40,0%). As servidoras públicas estatutárias também perceberam mais as jornadas de trabalho prolongadas (31,8%), e as celetistas as relações interpessoais difíceis no trabalho (34,0%).

4.4. Sobre os riscos percebidos pelas trabalhadoras e o que é preconizado para a proteção da maternidade nos ambientes de trabalho

A partir da percepção das trabalhadoras, observou-se nas unidades hospitalares estudadas a presença de riscos ocupacionais à saúde sexual e reprodutiva da força de trabalho, em especial a feminina, e inclusive à saúde do lactente. Contudo, ressalta-se a necessidade de se complementar os resultados obtidos, a partir do conhecimento subjetivo das trabalhadoras, com a avaliação de risco a ser realizada pela equipe de SST dos hospitais, para a tomada de decisão, a nível micro ou local, quanto à adaptação das condições de trabalho para a gestante e lactante, ou transferência para uma função mais segura, ou, como última opção, a concessão de licença remunerada^{34,35,75}.

Já no nível macro das medidas para a proteção da saúde das trabalhadoras gestantes ou lactantes, vale ressaltar a situação do Brasil em termos das normas técnico-jurídicas. O Brasil, dentre muitos outros países que ainda não ratificaram a Convenção nº 183 da OIT, deixa claro o seu descompromisso com a proteção integral e adequada das trabalhadoras gestantes e lactantes¹⁰³. Resta saber se a Recomendação nº 191 que acompanha essa Convenção tem influenciado e orientado a formulação de políticas nacionais e institucionais, bem como programas e demais iniciativas, uma vez que prevê, em seu parágrafo 6º, medidas como eliminação dos riscos, adaptação das condições de trabalho, transferência para uma função mais segura ou licença remunerada¹⁴⁷. Inclusive, essa Recomendação orienta a disponibilização dos resultados da avaliação de risco para a trabalhadora em questão e a garantia do direito de retornar ao seu trabalho ou a um trabalho equivalente, assim que for seguro e sem riscos à saúde.

Merece destaque o fato de que o Brasil ratificou algumas convenções da OIT que, embora não específicas, são também muito importantes para a proteção da saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras e têm aplicação direta nos ambientes de trabalho hospitalares. Primeiramente, tem-se a Convenção sobre os Serviços de Saúde no Trabalho (nº 161)¹⁴² que preconiza definir e pôr em prática uma política nacional coerente com relação aos serviços de saúde no trabalho e que foi ratificada em 18/05/1990¹⁰³. Além disso, tem-se a Convenção sobre a Proteção Contra as Radiações (nº 115)¹⁴⁵, ratificada pelo Brasil em 05/09/1966. Para os riscos químicos, a Convenção sobre o Câncer Profissional (nº 139)¹⁴⁴ que preconiza a proteção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a substâncias ou agentes cancerígenos, ratificada em 27/06/1990. A Convenção sobre Proteção Contra os Riscos da Intoxicação pelo Benzeno (nº 136)¹⁴³, ratificada em 24/03/1993, que, no art. 5º, trata do direito ao meio ambiente do trabalho seguro, e, no art. 11, sobre a proteção da maternidade com a garantia de que as mulheres grávidas e as mães em período de amamentação não sejam

empregadas em trabalhos que acarretam exposição ao benzeno ou produtos contendo benzeno (Ex.: benzina retificada utilizada no setor de saúde).

No ordenamento jurídico brasileiro, a Lei nº 13.287¹⁵², de 11 de maio de 2016, proíbe qualquer atividade insalubre durante a gestação e a lactação, pela força do acréscimo à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) do artigo 394-A, que determina o afastamento da empregada gestante ou lactante de quaisquer atividades, operações ou locais insalubres, devendo exercer suas atividades em local salubre, enquanto durar a gestação e a lactação⁸³. É garantida à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos, segundo o art. 392, §4º da CLT, a transferência de função, quando as condições de saúde o exigirem, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho¹⁰⁵.

A Portaria do Ministério do Trabalho (MTb) n.º 3.214, de 08 de junho de 1978, aprovou as Normas Regulamentadoras (NR) do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho¹⁰⁶. Dentre essas normas, a NR-15¹⁵³ que foi alterada pela Portaria do Ministério do Trabalho e previdência (MTP) n.º 806, de 13 de abril de 2022¹⁵⁴, trata das atividades e operações insalubres e dos limites de tolerância. Em seu Anexo nº 11, ela nomina os agentes químicos cuja insalubridade é caracterizada por limite de tolerância e inspeção no local de trabalho, e os adicionais de periculosidade e insalubridade como forma de proteção ao trabalho da mulher e à maternidade. No Anexo nº 13-A, sobre o Programa de Prevenção da Exposição Ocupacional ao Benzeno, além do estabelecido na NR-01, ela determina os procedimentos específicos de proteção para o trabalho das mulheres grávidas ou em período de amamentação¹⁵⁴.

Ainda, a NR-15 em seu Anexo nº 14 sobre os agentes biológicos, instituído pela Portaria SSMT n.º 12, de 12 de novembro de 1979¹⁵⁵, traz a relação das atividades que envolvem agentes biológicos, cuja insalubridade é caracterizada pela avaliação qualitativa. Como por exemplo, ela define a insalubridade de grau médio que inclui os trabalhos e operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagante, em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana etc.^{154,155}.

De acordo com o item 32.3.9.3.4 da NR-32 (2005)¹⁵⁶, importante instrumento para a segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, a trabalhadora gestante só poderá trabalhar em áreas, com possibilidade de exposição a gases ou vapores anestésicos^{15,77}, após autorização por escrito do médico responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), em conformidade com o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). O item 32.3.9.4.6 determina afastar as

trabalhadoras gestantes e nutrizes das atividades que envolvem quimioterápicos antineoplásicos⁹². Quanto às atividades com radiações ionizantes^{15,77,80,83,85,87,121}, toda trabalhadora com gravidez confirmada deve ser afastada e remanejada para atividade compatível com seu nível de formação¹⁰⁵.

No Brasil, as gestantes e lactantes ainda não foram objeto de regulamentação da exposição ocupacional aos agentes biológicos e aos produtos químicos em geral, a despeito da Recomendação nº 191 da OIT que orienta a avaliação de risco e medidas de proteção no ambiente de trabalho, inclusive quanto aos agentes citados. Tendo em vista a possibilidade de transmissão vertical de agentes biológicos (Ex.: HIV, Varicella-zoster e Rubivirus)^{78,79} e de agentes químicos, via leite, com a necessidade de interrupção do aleitamento materno, há que se pensar em legislação e normas técnicas específicas de SST para proteger a grávida, a lactante e o bebê⁸³.

4.5. Sobre as trabalhadoras e a percepção dos agravos à saúde da gestante, conceito e feto, possivelmente relacionados às condições de trabalho

Conforme o entendimento de mais da metade das trabalhadoras, os Distúrbios Hipertensivos da Gravidez (DHG), pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional fazem parte dos possíveis agravos à saúde da gestante, relacionados aos riscos presentes nos seus ambientes de trabalho ou em suas atividades, como também apontam as evidências científicas^{16,84,126}. Com exceção do retardo de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer (32,8%) e anomalia fetais (28,8%), os demais agravos estudados nessa investigação e passíveis de acometer o conceito e o feto, também, foram identificados pela maioria das respondentes: parto pré-termo (65,0%), ameaça de aborto (63,5%), aborto espontâneo (52,9%)^{15,77,83-87,92}.

Ao se considerar as trabalhadoras que perceberam pelo menos um desses agravos e o número total de respondentes, as trabalhadoras com 39 a 45 anos (42,0%) foram as que mais perceberam tais agravos, como possivelmente relacionados ao trabalho, bem como não souberam responder (6,4%), e que indicaram a existência de outros agravos para além dos questionados (2,6%). As que menos perceberam a relação tinham de 18 a 31 anos (4,1%).

Os agravos mais percebidos pelas trabalhadoras de todos os setores foram parto pré-termo (de 56,4% a 79,2%), ameaça de aborto (de 54,5% a 73,3%), aborto espontâneo (de 41,8% a 58,5%) e distúrbios hipertensivos da gravidez (de 49,1% a 67,9%). Os agravos pesquisados não foram reconhecidos por parte das trabalhadoras em todos os setores, principalmente dos setores Ambulatorial (8,6%) e de Urgência (7,5%), e, inclusive, por aquelas que não declararam o setor de trabalho (33,3%). Quanto àquelas que não souberam responder, os maiores percentuais foram nos setores de Oncologia (18,2%) e Ambulatorial

(10,0%). A indicação de outros agravos foi maior nos setores Ambulatorial (6,3%) e de Oncologia (5,5%).

Dentre as trabalhadoras que reconheceram um ou mais dos agravos elencados na questão, as com 5 ou mais anos na atividade foram as que mais reconheceram a possibilidade da relação desses agravos com o trabalho (72,2%). E as que menos perceberam a possibilidade dessa relação foram as com menos de 1 ano na atividade (1,1%) que, entre si, tiveram 10% de não percepção dessa relação de causalidade e 40% não souberam responder.

As médicas (14,3%) foram as que menos reconheceram a possibilidade de nexo causal entre esses agravos e o trabalho, ao se comparar as trabalhadoras que perceberam pelo menos um dos agravos pesquisados. A equipe de enfermagem teve uma diferença percentual pequena entre as suas categorias: auxiliares e técnicas de enfermagem (33,1%) e enfermeiras (32,3%). As Auxiliares e técnicas de enfermagem foram as que internamente (12,4%) menos souberam responder sobre os agravos pesquisados, e as que mais reconheceram a existência de outros agravos (6,2%). Já as médicas foram as que tiveram o maior percentual de não percepção dos agravos (16,3%). As enfermeiras, juntamente com as médicas, foram as que menos indicaram outros agravos, perto de 3,0%. Os dois agravos comuns, mais reconhecidos por todas as categorias, foram a ameaça de aborto e parto pré-termo, com percentuais na casa dos 60,0%.

Embora em menor número, as servidoras públicas estatutárias perceberam mais do que as celetistas a possível relação entre vários desses agravos e os riscos no ambiente de trabalho. O percentual de “não sei responder” foi maior entre as celetistas (9,7%), e o de “outros agravos” maior para as estatutárias (7,0%).

À semelhança dos riscos ocupacionais e considerando as 488 respondentes, observou-se que ainda há uma lacuna na percepção desses agravos por parte das trabalhadoras, tendo em vista que 6,8% delas não concordaram com nenhuma opção de agravo colocada, e 9,4% não souberam responder à questão. Provavelmente, as razões para o corrido sejam a pouca compreensão das relações de causalidade entre o trabalho e os agravos à saúde da gestante, conceito e feto, ou por negação desses riscos, apesar de todas as evidências científicas a respeito.

Considerando a menor percepção desses agravos pelas trabalhadoras com 18 a 31 anos de idade e por aquelas com menos de 1 ano na atividade, e que, a princípio, estão ambas em início de carreira profissional, é recomendável que recebam capacitação e orientações a respeito desses agravos, inclusive sobre os riscos a eles associados e sobre as medidas de proteção. Outros resultados corroboram essa necessidade de capacitação como, por exemplo, os 40,0% das trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade e os 12,4% de auxiliares e

técnicas de enfermagem que não souberam responder sobre as relações desses agravos com o trabalho. Pondera-se que para além da capacitação dos trabalhadores pelas instituições e serviços de saúde, uma medida importante seria a inclusão ou o aprofundamento, ainda na graduação ou formação técnica, das questões relacionadas à saúde e segurança no trabalho dos futuros profissionais, inclusive no tocante à saúde sexual e reprodutiva.

Outro achado relevante foi que as médicas tiveram o maior percentual de não reconhecimento dos agravos (16,3%) e foram as que menos reconheceram a possibilidade denexo causal entre esses agravos e o trabalho, ao se comparar as trabalhadoras que perceberam pelo menos um dos agravos pesquisados. Tais fatos apontam a necessidade de estudos específicos e mais aprofundados para se compreender melhor esses resultados porque, inclusive, as médicas tiveram baixa ou nenhuma percepção de alguns riscos ocupacionais que podem impactar a saúde sexual e reprodutiva, e a do bebê.

4.6. Sobre as trabalhadoras e a percepção dos agravos à saúde da gestante que podem ser intensificados pelo trabalho

No geral, sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (84,8%), sentir dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (77,1%)^{23,25,80,123}, ter ansiedade⁸³ (68,2%) e infecções do trato urinário e ginecológicas (46,5%)^{11,83} foram os agravos à saúde das gestantes trabalhadoras mais identificados. Embora com uma baixa frequência relativa, houve trabalhadoras que não identificaram nenhuma relação dos agravos com o trabalho (1,9%) ou não souberam responder (2,9%).

Dentre os agravos à saúde da gestante mais percebidos em todas as faixas etárias e de tempo na atividade, categorias profissionais, setores e tipos de vínculo, destacaram-se o sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho, com percentuais acima de 68,0%, e a dor no pescoço, costas ou cintura pélvica, com percentuais acima de 69,0%. O edema de membros inferiores também está entre os mais percebidos, com percentuais acima de 68,0%, exceto entre as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade (50,0%) e com 3 a 4 anos (52,2%). Destaca-se que esses 3 agravos diminuíram ligeiramente com o aumento da idade.

O único agravo cujo percentual aumentou com a idade foi a depressão^{83,127}, chegando a 41,9% entre as trabalhadoras com 39 a 45 anos, sendo que os demais ou diminuíram ou oscilaram. A ansiedade foi mais percebida por trabalhadoras com 18 a 38 anos (70,0% a 70,8%), com 5 ou mais anos na atividade (69,8%) e dos setores de Urgência e Terapia Intensiva (81,0%). Aquelas com 32 a 38 anos apresentaram o maior percentual para sangramento vaginal (33,5%)¹³ e infecções do trato urinário e ginecológicas (48,1%). O

sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho teve seu maior percentual no setor de Terapia Intensiva (91,2%) e entre as trabalhadoras com 1 a 2 anos na atividade (95,2%), já seus menores percentuais foram no setor de Oncologia (75,0%) e entre aquelas com 3 a 4 anos na atividade (69,6%).

O percentual de dor no pescoço, costas ou cintura pélvica foi maior na faixa de 5 ou mais anos na atividade (77,4%). Náuseas e vômitos^{80,92} foram mais percebidos pelas trabalhadoras com 5 ou mais anos (37,4%) e menos por aquelas com 3 a 4 anos (21,7%) na atividade. Ansiedade foi mais percebida pelas trabalhadoras da faixa de 5 ou mais anos (69,8%). O sangramento vaginal teve percentuais abaixo de 32,0%, sendo menor na faixa de 1 a 2 anos (19,0%). A percepção das infecções do trato urinário e ginecológicas foi maior entre as trabalhadoras com menos de 1 ano (50,0%) e com 5 ou mais anos (49,3%) na atividade.

As auxiliares e técnicas de enfermagem perceberam mais a possibilidade de intensificação pelo trabalho dos seguintes agravos: sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (81,7%), dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (73,6%), edema de membros inferiores (74,4%) e ansiedade (66,5%). As enfermeiras perceberam mais o sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (88,6%), dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (82,2%), edema de membros inferiores (76,8%) e ansiedade (71,4%). As médicas perceberam mais o sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho (83,7%), dor no pescoço, costas ou cintura pélvica (74,4%), edema de membros inferiores (68,6%) e ansiedade (66,3%). Ressalta-se que a diferença de percepção entre os tipos de vínculos dessas trabalhadoras não foi acentuada.

Quanto ao não reconhecimento da possibilidade de intensificação desses agravos pelo trabalho, os percentuais foram maiores entre as trabalhadoras com 3 a 4 anos na atividade (13,0%), entre aquelas dos setores Ambulatorial (2,2%) e de Oncologia (1,9%), entre as médicas (7,0%) e aquelas com 18 a 31 anos de idade (3,3%). O percentual de “não saber responder” foi maior entre as trabalhadoras com menos de 1 ano na atividade (20,0%) e entre aquelas dos setores Ambulatorial (3,2%) e de Oncologia (3,8%).

À semelhança dos achados sobre a percepção dos riscos ocupacionais e dos agravos à saúde da gestante e do feto, os agravos que podem ser intensificados pelo trabalho durante a gestação, também, precisam ser objeto das capacitações nas instituições e serviços de saúde, e de serem incluídos ainda nos cursos de formação das várias categorias profissionais.

4.7. Sobre o Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho (DEQUI)

O Indicador de Dificuldades para o Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho (DEQUI) avaliou a percepção das trabalhadoras quanto aos seguintes componentes, que também estão descritos na literatura, Convenções e Recomendações internacionais e em normas técnico-jurídicas: o desrespeito à licença maternidade^{89,90,100,105,107,108,110,142,147}; a falta de apoio no trabalho, ao retornar da licença maternidade^{33,34,91,94,133,134,170,172}; falta de arranjos alternativos de trabalho, pouca ou nenhuma flexibilidade de carga horária de trabalho ou para tirar férias^{25,33,81,89-91,112,136,147}; as múltiplas jornadas de trabalho e vínculos^{15,83,84,86-88}, muito comuns na área da saúde; e levar trabalho para casa.

Embora a percepção das dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho tenha diminuído com o aumento da faixa etária, seus percentuais se concentraram nos níveis “Muito alto” e “Alto”, não importando o estado civil da trabalhadora, sua raça/cor, o setor onde trabalha, o tempo na atividade, a jornada de trabalho e a sua categoria profissional.

No entanto, ao se desagregar o indicador por cada uma das variáveis estudadas, constatou-se que as trabalhadoras que mais perceberam as dificuldades foram: todas as trabalhadoras com 18 a 24 anos, embora em menor número, perceberam essas dificuldades no nível “Muito alto” do indicador, aquelas que se declararam brancas (87,5%) e amarelas (100,0%), as que trabalhavam nos setores de Urgência (84,3%) e de Terapia Intensiva (82,9%), sendo que mais da metade das trabalhadoras do setor de Urgência reconheceu essas dificuldades no nível “Muito alto” (51,0%).

Ainda, o nível de reconhecimento foi bem maior entre aquelas com 1 a 2 anos (95,0%) e com 3 a 4 anos (83,4%) na atividade, e entre as trabalhadoras com jornadas de trabalho de 4 horas/dia (100,0%), plantão 24 horas (92,6%) e 6 horas/dia (84,4%). Quanto às categorias profissionais, as médicas (91,3%) se destacaram no somatório dos percentuais dos níveis “Alto” e “Muito alto”. A identificação dessas dificuldades foi ligeiramente maior entre as servidoras públicas estatutárias (87,8%), com a maioria concentrada no nível “Muito alto” do indicador. Cabe ressaltar que as trabalhadoras que não informaram o setor de trabalho, em sua totalidade, reconheceram as dificuldades nos níveis mais altos do indicador.

Já no outro polo do indicador, ou seja, nos níveis de baixo reconhecimento das dificuldades para o alcance desse equilíbrio, destacaram-se as solteiras, aquelas com união estável e as divorciadas, com percentuais entre 30,0% e 31,5%, quando somados os níveis “Muito baixo” e “Baixo”. As trabalhadoras negras (pretas e pardas) foram as que menos reconheceram esse indicador de dificuldades, com percentuais de 37,5% (pretas) e 29,7% (pardas), considerando o tempo na atividade, as trabalhadoras com menos de 1 ano (30,0%)

e com 5 ou mais anos (26,8%), foram as que menos reconheceram as situações representadas pelo indicador.

Ademais, os tipos de jornadas com os maiores percentuais na somatória dos níveis “Muito Baixo” e “Baixo” do indicador foram plantão Dia/12 h (29,6%) e plantão Dia/6h (27,3%), seguidos pelo plantão Noite/12h (24,0%) e turno Diurno/8h (23,8%). E as trabalhadoras da equipe de enfermagem foram as que menos reconheceram essas dificuldades para o equilíbrio maternidade-trabalho, com percentuais variando entre 29,2% e 33,3%.

4.8. Sobre o Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha (PROMT)

No Indicador de Proteção da Maternidade no Setor onde Trabalha (PROMT), as situações descritas na literatura e contempladas para avaliação da percepção das trabalhadoras foram: você percebe que, onde trabalha, há discriminação em relação ao trabalho da profissional grávida ou mãe, por parte dos colegas ou chefias^{35,94,107,108,133,136-138,165}; você se preocupa com possíveis impactos negativos em sua saúde reprodutiva por exposição a riscos ocupacionais^{15,25,87,89,96,97,99}; e você se preocupa com possíveis impactos negativos na sua carreira por querer ou já vivenciar a maternidade^{34,37,64,160,163,164,170,184}.

Com os resultados desse indicador, foi possível inferir que as trabalhadoras têm uma grande preocupação quanto à proteção da maternidade no setor hospitalar onde trabalham e os possíveis impactos negativos da maternidade na carreira profissional, não importando o estado civil, a cor/raça, o setor de trabalho, o tempo na atividade, a jornada de trabalho, a categoria profissional e o vínculo de emprego. Contudo, o percentual do indicador criado diminuiu com o aumento da faixa etária, evidenciando uma diminuição na preocupação das trabalhadoras. O que, talvez, possa ser explicado pelo fato da intenção de engravidar diminuir com o aumento da idade ou por não compreensão da maternidade para além da gestação, incluindo as responsabilidades familiares de criar e cuidar dos filhos.

As trabalhadoras com maior preocupação quanto às situações contempladas por esse indicador foram as mais jovens, na faixa de 18 a 24 anos, que indicaram ter nível de preocupação “Muito alto” (100,0%) quanto à proteção. As que se declararam brancas, pretas ou pardas, evidenciaram elevada preocupação, com percentuais acima de 72,0% na somatória dos níveis “Alto” e “Muito alto”. As que se declararam amarelas se concentraram 100,0% nos níveis altos de preocupação. Nos setores estudados, as trabalhadoras evidenciaram essa preocupação com percentuais acima de 66,0%, com destaque para aquelas do setor de urgência (82,3%) e terapia intensiva (80,8%), e as trabalhadoras com menos

de 5 anos na atividade apresentaram preocupação com percentuais de 80,0% a 85,0%, no somatório dos níveis “Alto” e “Muito alto”.

Na análise por tipo de jornada declarada, observou-se que as trabalhadoras com turnos de 24 horas (88,9%) e 8h/dia (81,0%) se preocuparam mais com as questões representadas pelo indicador. As enfermeiras (76,8%), as técnicas de enfermagem (72,1%) e as celetistas (73,5%) também apresentaram maiores níveis de preocupação, ao se somar os níveis “Muito alto” e “Alto”.

Chama a atenção que as trabalhadoras da faixa etária de 39 a 45 anos, em geral, com maior experiência profissional, apresentaram na somatória dos níveis “Muito baixo” e “Baixo” o maior percentual (32,0%), indicando que parte dessas trabalhadoras tem uma preocupação relativamente baixa quanto às situações representadas pelo indicador. Também, o setor de Oncologia, onde se observou que as trabalhadoras, geralmente, tinham baixa percepção dos riscos ocupacionais que poderiam impactar a saúde sexual e reprodutiva, foi aquele em que as trabalhadoras apresentaram maior percentual (33,4%) de baixa preocupação com a proteção da maternidade e da carreira, ao se somar os níveis “Baixo” e “Muito baixo”.

Percentuais significativos de não preocupação também foram observados, no somatório dos níveis “Baixo” e “Muito baixo”, entre as trabalhadoras com união estável (33,3%), com 5 ou mais anos na atividade (27,8%), com turno de trabalho de 6h/dia (37,8%), entre as servidoras públicas estatutárias (31,7%), auxiliares de enfermagem (33,3%) e médicas (32,5%). No caso das médicas, talvez, isso se relacione à baixa percepção de riscos ocupacionais à saúde e à maternidade, quando comparadas às outras categorias profissionais estudadas. Quanto às auxiliares de enfermagem, não é possível apontar essa relação porque, na análise da percepção dos riscos ocupacionais, elas foram agregadas às técnicas de enfermagem.

Quanto à visão ampliada de maternidade que inclui, para além da gravidez, as responsabilidades familiares de cuidado com os filhos, a Convenção de nº. 156 da OIT recomenda aos Estados-Membros a tomarem todas as medidas compatíveis com as condições e possibilidades nacionais para atender às necessidades dos trabalhadores com responsabilidades familiares, no planejamento das autarquias locais ou regionais, e desenvolver ou promover serviços comunitários, sejam eles públicos ou privados, tais como creche e serviços e instalações de apoio à família^{33,209}.

O Parlamento Europeu e o seu Conselho deram um largo passo com a proposição de medidas relativas à conciliação entre a vida profissional e a vida familiar dos progenitores e cuidadores. Esta iniciativa contém um conjunto de medidas não legislativas para apoiar os

Estados-Membros no alcance de objetivos, como por exemplo: garantir proteção contra discriminação e demissão para pais (incluindo mulheres grávidas e trabalhadores que voltam de licença) e cuidadores. Usar de forma equilibrada, em termos de gênero, as licenças relacionadas à família. Incentivar os acordos de trabalho flexíveis e a utilização dos fundos europeus para melhorar a prestação de serviços de cuidados formais (acolhimento de crianças, cuidados extraescolares e cuidados de longa duração). E eliminar os desincentivos económicos para as segundas fontes de rendimento, que impedem as mulheres de entrarem no mercado de trabalho ou de trabalhar em tempo integral. Desta forma, pais e cuidadores se beneficiarão de um melhor equilíbrio entre vida pessoal e profissional¹¹².

4.9. Sobre a conciliação entre trabalho e maternidade

Os resultados dessa investigação mostraram que conciliar trabalho e maternidade não é algo fácil para as trabalhadoras, que tiveram a oportunidade de se manifestarem frente à pergunta “Quando você pensa em conciliar trabalho e maternidade, quais são as duas primeiras palavras que vêm à sua mente?”. As respostas expressaram os desejos, medos, anseios, preocupações e necessidades quanto à maternidade e trabalho, de forma bem subjetiva. As questões de saúde mental e física apontadas pelas trabalhadoras foram relevantes, como descrito na literatura científica, e perpassaram os demais dilemas e desafios relatados para o equilíbrio entre maternidade e trabalho.

Sobre o conciliar maternidade e trabalho, elas relataram várias preocupações que navegam nas esferas financeira, de cuidado materno, de trabalho e carreira, e do que é necessário, em termos de atitudes positivas, para se alcançar o equilíbrio. Entre as palavras e expressões de preocupações financeiras relatadas por essas trabalhadoras tem-se a condição financeira, estabilidade financeira, meios de subsistência e perda financeira.

As preocupações relacionadas ao cuidado do bebê/filho^{25,81,89-91} compreenderam questões como a atenção dividida, amamentação e interrupção precoce, creche, com quem deixar o bebê, apoio para cuidar da criança, saúde e segurança do filho, e “tristeza de deixar o filho no final de semana”. Somadas a toda essa carga de preocupações, estão as iniciativas, atitudes e experiências emocionais positivas exigidas para se alcançar essa conciliação, como por exemplo: abdicação, acolhimento, adaptações, autoconhecimento, bem-estar, compreensão, compromisso, coragem, dedicação, Deus, deveres, direito, disciplina, disponibilidade, empatia, equilíbrio, escolhas, esforço, felicidade, flexibilidade, humanização, justiça, liberdade, malabarismos entre funções, muita energia, perseverança, planejamento, prioridade, reinventar, resiliência, respeito, responsabilidade, rotina, sabedoria, saúde mental, sonho, superação etc.

Na perspectiva das trabalhadoras, as questões específicas de trabalho que impactam na sua conciliação com a maternidade (gravidez e cuidados com a criança) foram expressas em relatos como: afastamento das atividades, ambiente hospitalar insalubre, atrasos, competitividade, dificuldades de encontrar substituição, dupla jornada, duplo vínculo, retorno para o mesmo setor de trabalho após licença maternidade, excesso de trabalho, discriminação, falta de compreensão dos colegas e julgamentos das chefias referentes às funções exercidas, flexibilidade e redução de carga horária, trabalho noturno, local para deixar o filho no trabalho ou creche, movimentar e carregar pacientes, perda de credibilidade, oportunidades e posição no mercado, permanecer no emprego, readaptação, risco biológico, sobrecarga de trabalho, trabalho árduo etc.^{15,25,33,83,85-87,110,112,136,147}.

Ademais, esses relatos também foram permeados de experiências emocionais e físicas negativas, e, até mesmo, da sensação de impossibilidade, como se depreende das seguintes respostas: angústia, ansiedade, cansaço, culpa, desassistência, desespero, desgastante, desrespeito, difícil, dilema, doença, estresse, exigências, fadiga, “falta de tempo”, frustração, idade, impermanência, impossibilidade, incompatibilidade, incompreensão, insegurança, julgamentos, luta, medo, peso, preocupação, render, renúncia, sacrifício, insegurança, separação, sobrecarga, sofrimento e tristeza^{15,25,83,85-87}.

Questões importantes relacionadas aos locais de trabalho e ao retorno das mulheres às atividades laborais, após a licença maternidade, foram identificadas em estudo de Nowak et al. (2013). Entre elas, a dissonância experimentada por trabalhadoras entre a declarada política familiar favorável à família e as decisões e atitudes da gerência; a flexibilidade do trabalho também para os homens (cônjuge/companheiro), com vistas ao seu papel solidário na prestação de cuidados infantis, facilitando o retorno da mãe ao trabalho; e a necessidade de se explorar o potencial de cuidados infantis no local de trabalho e de implementação efetiva de políticas de amamentação, para se superar alguns dos problemas de flexibilidade do trabalho⁹⁰.

Políticas são necessárias, como a de retorno ao trabalho para novos pais residentes em medicina de emergência (*Stanford/Kaiser Emergency Medicine Residency Program*)⁸⁹, que respeitem os trabalhadores que são pais e que promovam o bem-estar, engajamento e retenção da força de trabalho. Esta política fornece um guia abrangente para os requisitos de treinamento, políticas de licença familiar, uma visão geral dos recursos disponíveis e uma estrutura de agendamento que facilita uma transição suave de volta às funções clínicas.

Há que se pensar em programas que reforcem medidas orientadas tanto para a trabalhadora quanto para a organização do trabalho. Os programas para trabalhadores com incapacidade parcial e temporária para o trabalho poderiam ser adaptados e contribuir para

a minimização dos riscos a que estão expostas as profissionais de saúde grávidas, diminuindo os impactos na saúde, como dores nas costas^{199,200}, distúrbios hipertensivos na gravidez^{16,201} e depressão pós-parto grave²¹, e favorecer a permanência das grávidas no trabalho, evitando prejuízos de ordem financeira e profissional^{160,168,170,184,200}.

Alguns exemplos desses tipos de programas seriam: o Programa de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (WHP)⁹⁹ que introduziu o turno rotativo de avanço rápido, mais protetor que outra programação, os períodos de descanso entre turnos consecutivos (> 11 horas) e um dia de descanso após um turno noturno; o gerenciamento de risco para redução de sintomas musculoesqueléticos em enfermeiros²⁰⁰; e o programa *Spine Care for Nurses* com foco na redução da síndrome de dor lombar crônica inespecífica¹⁹⁹.

Outras iniciativas que ajudariam na tomada de decisão para as medidas de prevenção e proteção da saúde seriam: o estudo de taxonomia das tarefas comuns de profissionais da enfermagem com avaliação da carga física de trabalho e a criação de índice de risco¹⁹⁵; a avaliação do trabalho em turno rotativo com uso de questionário¹⁹⁷ e de prevenção de transtornos relacionados ao trabalho em turnos, em enfermeiros¹⁹⁸, e o estudo sobre sistemas de gerenciamento de risco de fadiga (FRMS) para lidar com a fadiga dos enfermeiros em hospitais²⁰². Ainda, a estrutura teórica multinível do *Psychosocial Safety Climate* (PSC), que enfatiza os componentes psicossociais dos antecedentes de acidentes de trabalho, poderia ser aplicada para avaliar a segurança física e psicossocial das gestantes, com base no clima organizacional e saúde psicológica²⁰³. E a violência no local de trabalho também oferece risco à segurança física e à saúde mental da trabalhadora gestante, o que torna importante a avaliação preliminar do risco de violência no trabalho do tipo II, conforme realizada nos serviços de emergência em um estudo¹⁹⁶.

Outro achado importante nessa investigação foi a recusa ou negação da possibilidade de maternar por parte das trabalhadoras. Embora com percentual bem pequeno (1,6%), as trabalhadoras NoMo (*Not Mother*), em sua maioria, solteiras, com 39 a 45 anos, do setor ambulatorial, todas técnicas de enfermagem e com 5 ou mais anos na atividade, se expressaram veementemente com os seguintes relatos: “não penso”, “não quero (a maternidade)”, “não quero engravidar, não vou ficar grávida!”, “nem pensar!” e “sem chance”.

Em meio a tantas experiências e sensações negativas, sentimentos de negação, impossibilidades, incompatibilidades etc., ainda houve aquelas que perceberam e relataram a possibilidade de conciliação entre maternidade e trabalho, por meio de palavras positivas como: alegria, amor, cuidado, desafio, Deus, empatia, felicidade, força, importante, justiça,

liberdade, necessário, normal, plenitude, realização, resiliência, satisfação, sonho e superação.

5. PROPOSIÇÃO DE MEDIDAS DE PROTEÇÃO - ETAPA 3

Propostas para a proteção da maternidade e trabalho de profissionais da assistência direta à saúde, no contexto do setor hospitalar

5.1. Considerações iniciais

A partir das pesquisas realizadas, através de revisão de escopo e aplicação de questionário, medidas de proteção à maternidade no contexto do trabalho hospitalar são propostas, considerando-se os setores de trabalho, as categorias profissionais do estudo e os riscos e desfechos, possivelmente relacionados ao trabalho, que foram percebidos pelas trabalhadoras e apontados pela literatura científica.

Antes de se apresentar a proposta de medidas protetivas, é importante reforçar a necessidade de uma política interna de segurança e saúde no trabalho firmemente endossada pela universidade federal e a empresa que faz a gestão dos hospitais universitários (Ebserh), e que não faça distinção de vínculo de emprego^{6,110,142}. Em caso de inexistência, torna-se prioridade a elaboração e implementação de uma política que contemple todos os trabalhadores a despeito do sexo, categoria profissional e tipo de vínculo, já que direta ou indiretamente o trabalho pode impactar a saúde sexual e reprodutiva dos trabalhadores, e impactar negativamente a saúde de futuros filhos⁷⁵.

Ressalta-se que essas medidas, a partir da percepção das trabalhadoras e de evidências científicas, precisam ser corroboradas pelas avaliações de riscos ocupacionais realizadas pela equipe de SST de cada unidade hospitalar. Desta forma, os conhecimentos subjetivos e objetivos serão complementares na avaliação técnica ou especializada dos riscos ocupacionais⁴⁰ à saúde da trabalhadora em idade fértil, grávida ou lactante, maximizando a tomada de decisão, a execução e efetivação das medidas de proteção.

Ademais, é de suma importância a existência de um responsável dentro do serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) ou da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (USOST), das unidades hospitalares geridas pela EBSEH, que trate das questões relacionadas à saúde reprodutiva e sexual e acompanhe as trabalhadoras em idade fértil, em especial as grávidas e lactantes.

Outro ponto importante é se existe ou não reuniões regulares entre a gestão e os trabalhadores sobre saúde e segurança no trabalho. É importante que a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) seja atuante também quanto aos temas pertinentes à relação

entre maternidade e trabalho, o que pode acontecer por meio de um subgrupo ou câmara temática, com a avaliação sistemática das condições de trabalho e proposição de medidas para eliminação ou redução dos riscos a que estão expostas as trabalhadoras em idade fértil e das dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho.

Cabe ressaltar a importância da coexistência de um sistema institucional, onde os próprios trabalhadores possam reportar as exposições perigosas e suas preocupações quanto à segurança no trabalho, e de uma vigilância adequada à saúde, com avaliações de riscos ocupacionais apropriadas e sistemáticas, e com exames médicos e preventivos regulares. Isto corrobora a observância e efetivação dos pontos anteriormente enfatizados, bem como treinamentos e educação para a saúde e segurança coerentes com a realidade dos setores hospitalares²¹⁰.

5.2. Medidas de proteção

Primeiramente, propõe-se o fluxograma abaixo, Figura 25, para triagem das trabalhadoras em idade fértil (18 a 49 anos), com vistas à avaliação de riscos ocupacionais e tomada de decisão quanto às medidas para a proteção da saúde das trabalhadoras dos setores hospitalares estudados, e sua possível participação em um programa institucional de proteção da maternidade e do trabalho. Neste programa será feito o follow-up da trabalhadora até completar 51 anos.

Para a proposição de medidas protetivas, foram consideradas questões relativas à proteção da saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras, bem como para a promoção do equilíbrio entre maternidade e trabalho.

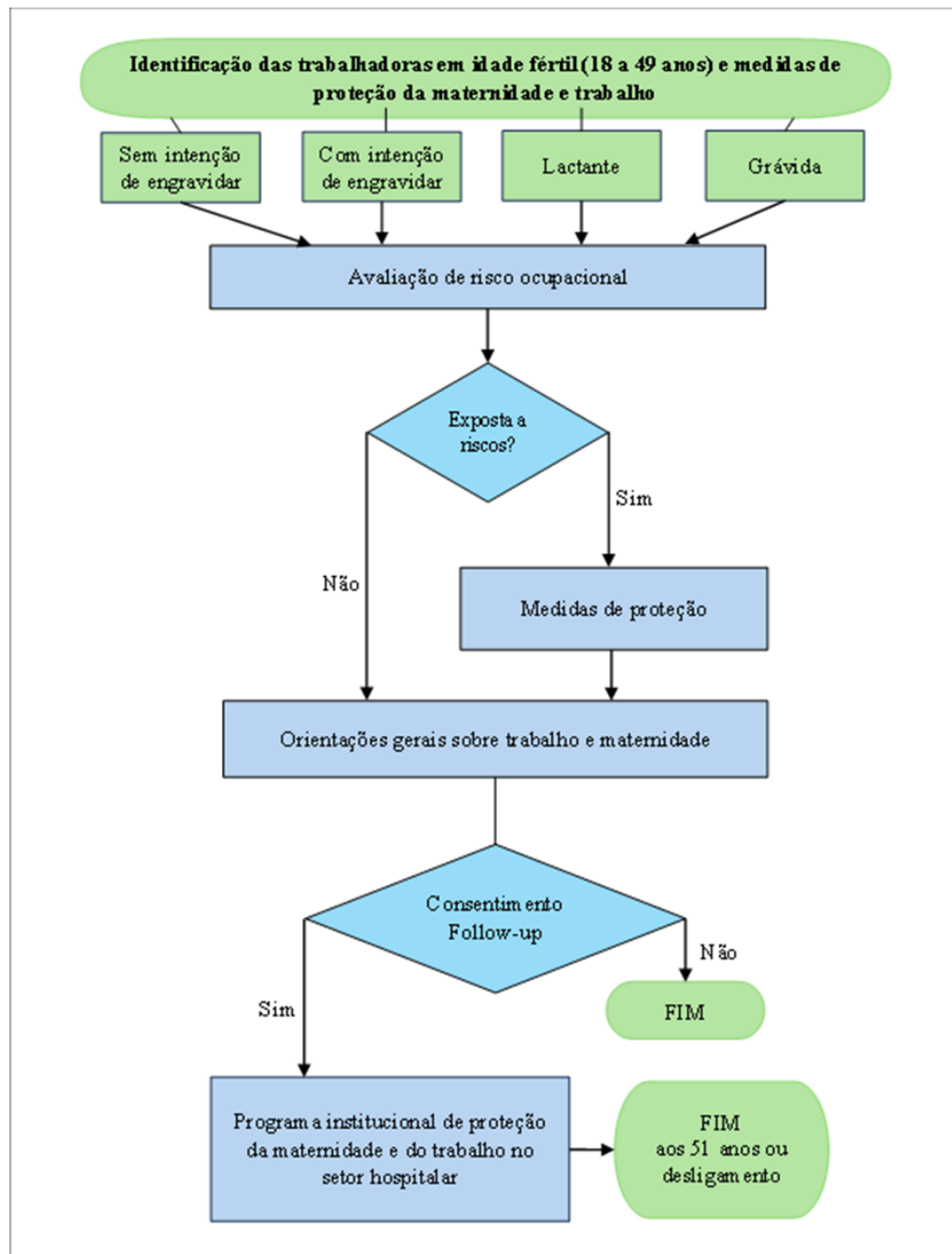


FIGURA 25 – Fluxograma para identificação de trabalhadoras em idade fértil para medidas protetoras e acompanhamento. Elaboração própria

As medidas para a proteção da maternidade, nos setores hospitalares estudados, são propostas com base no tipo de risco e possível desfecho percebidos pelas trabalhadoras e descritos na literatura científica. Ressalta-se que esses desfechos incluem tanto os relacionados às atividades e processos de trabalho, quanto os considerados intercorrências

comuns na gravidez, que podem ser desencadeadas ou agravadas pelas condições de trabalho.

5.2.1. Riscos biológicos percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde, e medidas de gerenciamento de risco

Setores avaliados: ambulatorial (54,1%), oncologia (11,9%), terapia intensiva (21,3%) e urgência (10,9%) – No geral, 95,3% das trabalhadoras perceberam um ou mais riscos biológicos.

Percepção de risco de exposição por categoria profissional: Auxiliar e Técnica de Enfermagem (41,8%), Enfermeira (35,7%) e Médica (16,2%).

Percepção de risco de exposição, por percentuais de respondentes, a: sangue (94,0%); líquido amniótico (49,1%); líquido (35,1%); fluido com sangue (82,5%); líquido pleural (29,9%); soro/plasma (50,5%); líquido ascítico (49,1%); secreções (79,0%); fezes e urina (82,9%).

Processos de trabalho com riscos: processos que envolvam atividades de assistência direta ao paciente.

Possíveis desfechos descritos na literatura e/ou percebidos pelas trabalhadoras

- Na saúde da mulher: infecções virais por transmissão nosocomial: HIV, hepatite B, hepatite C, varicela-zoster, herpes simplex, parvovirose ou eritema infeccioso, citomegalovirose, rubéola, sarampo, infecções por enterovírus, caxumba e influenza. Potencialmente prejudiciais à própria saúde e à gravidez.
- Na saúde do conceito, feto e lactente: potencialmente prejudiciais ao feto. Doenças infecciosas na gestante podem causar: deficiências de desenvolvimento do feto e defeitos de nascimentos (ex.: CMV, Parvovírus B 19, rubéola); a varicela congênita ou perinatal; ao aborto espontâneo; parto pré-termo e prematuridade^{79,83,126}. A febre na gestante, associada a doenças infecciosas (ex.: sarampo, caxumba), pode iniciar o trabalho de parto prematuro⁷⁹. A prevalência de anomalias congênitas é significativamente maior nos filhos das profissionais que trabalham com pacientes. Em trabalhadoras com hábito urinário comprometido, a infecção urinária é a segunda causa de mortalidade prematura de fetos com até três meses⁸³. Interrupção da amamentação por possibilidade de transmissão vertical de agentes biológicos como HIV, Varicella-zoster e Rubivirus^{78,79}.

Gerenciamento de risco

Medidas comuns de proteção unificada (para todos os trabalhadores):

- Procedimentos para triagem de pacientes nas salas de emergência e áreas de recepção, incluindo detecção precoce e isolamento de pacientes infecciosos ou com suspeita de infecção.
- Precauções padrão – medidas adequadas para proteção pessoal disponíveis para o profissional de saúde: equipamentos de proteção individual (EPI) apropriados, como máscaras, respiradores, luvas, óculos de proteção e aventais. Instalações para higiene das mãos (lavagem e desinfecção das mãos) prontamente disponíveis.
- Os profissionais de saúde devem avaliar rotineiramente o risco de exposição a fluidos corporais, como sangue e secreções respiratórias, ou superfícies e materiais contaminados, antes de qualquer atividade de cuidados de saúde.
- Limpeza ambiental e desinfecção regulares dos ambientes de trabalho.
- Imunização de profissionais de saúde potencialmente expostos a doenças evitáveis por vacinação.
- Profilaxia pós-exposição contra doenças como AIDS, hepatite B, Covid19 etc.

Medidas protetivas para as gestantes e lactantes:

- Adaptar as condições de trabalho¹⁴⁷.
- Transferir para uma função ou setor mais seguros.
- Conceder licença remunerada, quando as outras medidas não forem suficientes para garantir a saúde da gestante, lactante e bebê¹⁴⁷.
- Devido à transmissibilidade dos exantemas infecciosos para mulheres grávidas, à probabilidade de transmissão vertical e às consequências potenciais da infecção para a mãe e feto, garantir proteção adequada, enquanto limitam práticas dispensáveis ou complicadas que impediriam desnecessariamente as profissionais de saúde grávidas de realizarem tarefas clínicas⁹⁵.
- O mesmo deve ser observado tendo em vista a possibilidade de transmissão vertical de agentes biológicos como HIV, Varicella-zoster e Rubivirus^{78,79}, durante a amamentação, com a necessidade de interrupção do aleitamento materno.
- Atendimento de pacientes com COVID-19 – solicitar transferência para cuidar de pacientes sem infecção ativa conhecida.

- As profissionais de saúde grávidas devem ser incentivadas a solicitar educação adicional sobre EPI e validação de habilidades junto à equipe de Prevenção de Infecções.

Medidas de gestão/instrumentos gerenciais:

- Política de prevenção e controle de infecção.
- Sistema para a investigação da exposição de profissionais de saúde a infecções.
- Campanhas de vacinação como medida preventiva e protetiva da saúde das mulheres, profissionais de saúde e grávidas, promovendo a consciência em relação à campanha e mudança de atitudes e práticas²⁰⁴.
- Elaboração de *guidelines*, com diretrizes de gestão, sobre prevenção, contato e precauções respiratórias, e necessidade de tratamento após exposição a dermatoses infecciosas por profissionais da saúde grávidas⁹⁵.
- Elaboração de *guidelines* para a profilaxia pós-exposição contra doenças como AIDS, hepatite B, Covid19 etc.
- Observância da NR15, Anexo nº 14¹⁵⁴; Norma Regulamentadora nº 32 (NR32)¹⁵⁶.
- Capacitação específica buscando o desenvolvimento das competências das trabalhadoras e demais atores da empresa para adaptar as regras a um contexto do mundo real, de forma a torna-las eficazes e eficientes⁸¹. A capacitação deve ocorrer antes do início das atividades e de forma continuada durante a jornada de trabalho.

5.2.2. Riscos químicos percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde e medidas de gerenciamento de risco

Setores avaliados: ambulatorial (36,1%), oncologia (11,3%), terapia intensiva (17,6%) e urgência (5,9%) – No geral, 72,5% das trabalhadoras perceberam um ou mais dos riscos químicos.

Percepção de risco de exposição por categoria profissional: Auxiliar e Técnica de Enfermagem (29,3%), Enfermeira (31,1%) e Médica (7,6%).

Percepção de risco de exposição por agente químico: drogas antineoplásicas (54,2%); formaldeído/formol (18,5%); desinfetantes e esterilizantes (42,4%); produtos químicos radioativos usados em radioterapia (7,1%).

Processos de trabalho com riscos: atividades de limpeza que envolvem a manipulação de produtos químicos como agentes esterilizantes e desinfetantes (produtos químicos orgânicos

voláteis e desinfetantes de alto nível como glutaraldeído, orto-ftalaldeído, ácido paracético, peróxido de hidrogênio, óxido de etileno, formaldeído etc.)^{15,77,80,82,83,85}; manipulação de drogas antineoplásicas e gases anestésicos^{15,77,80,83,85,92}; setores da assistência (ex.: departamentos de emergência); processos de trabalho que envolvem o uso de gases e vapores anestésicos⁸³.

Possíveis desfechos descritos na literatura e/ou percebidos pelas trabalhadoras

- Na saúde da mulher: distúrbios de fertilidade⁷⁷, redução de fecundidade⁸², distúrbios menstruais⁸⁵. Exposição prolongada a drogas antineoplásicas: maior taxa de infertilidade, risco maior de tempo prolongado até conseguir engravidar, desordens do ciclo menstrual, gravidez ectópica e alto risco de câncer de reto⁹². Outros efeitos adversos relacionados às drogas antineoplásicas: tontura, náusea e dor de cabeça (sintomas do sistema nervoso central); asma brônquica; tosse; queimação; irritação da pele; problemas musculoesqueléticos; úlcera ou gastrite, úlceras orais; alergia; distúrbio do olfato; congestão nasal; rinorreia, irritação da mucosa nasal; lacrimejamento, irritação ocular e olhos secos; perda de cabelo etc.⁹².
- Na saúde do conceito, feto e lactente: potencial dano em lactentes e propensão de distúrbios de atenção e hiperatividade anos mais tarde⁸³. Anomalias congênitas: efeitos teratogênicos como estresse fetal, restrição de crescimento intrauterino, risco de fenda palatina ou labial^{15,83,92}. Baixo peso ao nascer^{85,92}. Morte fetal, aborto espontâneo, ameaça de aborto, trabalho de parto prematuro^{15,77,83,85,87}. Gravidez ectópica⁹². Interrupção precoce da amamentação devido à possibilidade de transmissão de agentes químicos, via leite materno⁸³.

Gerenciamento de risco

Medidas comuns de proteção unificada (para todos os trabalhadores):

- Precauções padrão – medidas adequadas para proteção pessoal disponíveis para o profissional de saúde: equipamentos de proteção individual (EPI) apropriados, como máscaras, respiradores, luvas, óculos de proteção e aventais.
- Instalações de chuveiro e lava-olhos prontamente disponíveis e higienizados semanalmente.
- Os profissionais de saúde devem avaliar rotineiramente o risco de exposição direta a produtos químicos, ou superfícies e materiais contaminados, antes de qualquer atividade de cuidados de saúde.

Medidas protetivas para as gestantes e lactantes:

- Adaptar as condições de trabalho, quando possível.
- Transferir para uma função ou setor mais seguros^{15,92,104,106,143,144,150}: o trabalho em áreas com possibilidade de exposição a gases ou vapores anestésicos, só é permitido após autorização por escrito do médico responsável pelo PCMSO; em trabalho envolvendo quimioterápicos antineoplásicos, as gestantes e nutrizes devem ser afastadas das atividades⁹².
- Conceder licença remunerada^{143,147}, quando as outras medidas não forem suficientes para garantir a saúde da gestante, lactante e bebê.

Medidas de gestão/instrumentos gerenciais:

- Protocolo de monitoramento de prevenção e controle de exposição a produtos químicos que, também, permita a avaliação rotineira (percepção) do profissional de saúde quanto ao risco de exposição, principalmente, no que diz respeito aos gases medicinais (gases e vapores anestésicos), quimioterápicos antineoplásicos, formaldeído aerotransportado e certos produtos de limpeza de alto nível^{92,96-98}. Uso de *checklist* e medidas de mitigação ou de eliminação dos riscos devem ser implementadas de acordo com a NR15¹⁵⁴, Anexo nº 14; Norma Regulamentadora nº 32 (NR32)¹⁵⁶.
- Capacitação específica buscando o desenvolvimento das competências das trabalhadoras e demais atores da empresa para adaptar as regras a um contexto do mundo real, de forma a torna-las eficazes e eficientes⁸¹. A capacitação deve ocorrer antes do início das atividades e de forma continuada durante a jornada de trabalho.

5.2.3. Risco físico (radiação ionizante) percebido pelas trabalhadoras e descrito na literatura, possíveis desfechos na saúde, e medidas de gerenciamento de risco

Setores avaliados: ambulatorial (14,4%), oncologia (3,1%), terapia intensiva (15,6%) e urgência (4,3%) – No geral, 36,5% das trabalhadoras perceberam os riscos de radiação ionizante.

Percepção de risco de exposição por categoria profissional: Auxiliar e Técnica de Enfermagem (11,9%), Enfermeira (17,0%) e Médica (7,2%).

Percepção de risco de exposição por percentuais de respondentes: radiação ionizante^{15,77,80,83,85,87} – perceberam o risco (36,5%); não perceberam (60,2%); sem informação (3,3%).

Processos de trabalho com riscos: realização de exames de imagem e cirurgias ortopédicas (Arco em C)^{80,121}.

Possíveis desfechos descritos na literatura e/ou percebidos pelas trabalhadoras

- Na saúde da mulher: pode afetar a saúde sexual e reprodutiva dos profissionais de saúde, em especial as trabalhadoras em idade fértil (distúrbios do sistema reprodutivo: distúrbios menstruais e infertilidade)¹⁵. Câncer⁸³.
- Na saúde do conceito, feto e lactente: morte fetal, malformações, distúrbios do crescimento e desenvolvimento, mutagênese e carcinogênese⁸³. Risco aumentado de aborto espontâneo, anomalias congênitas, especialmente dos sistemas nervoso e musculoesquelético^{15,77,85}.

Gerenciamento de risco

Medidas comuns de proteção unificada (para todos os trabalhadores):

- Medidas adequadas para proteção pessoal e coletiva disponíveis para os profissionais de saúde (precauções padrão): equipamentos de proteção individual (EPI) apropriados para minimização dos riscos; monitoração individual de dose de radiação ionizante; monitoração individual e de áreas da instalação radiativa.

Medidas protetivas para as gestantes e lactantes:

- Transferir para uma função ou setor mais seguros: toda trabalhadora com gravidez confirmada deve ser afastada e remanejada para atividade compatível com seu nível de formação¹⁰⁵.
- Conceder licença remunerada quando as outras medidas não forem suficientes para garantir a saúde da gestante, lactante e bebê¹⁴⁷.

Medidas de gestão/instrumentos gerenciais:

- Plano de Proteção Radiológica (PPR) aprovado pelo CNEN e Vigilância Sanitária (serviços de radiodiagnóstico) contemplando: monitoração individual dos trabalhadores e da área; proteção individual; medições ambientais de radiações específicas para práticas de trabalho; sinalização específicas das áreas da instalação

radiativa; condições e procedimentos específicos para o funcionamento dos serviços de Medicina Nuclear, de radioterapia e de radiodiagnóstico médico.

- Capacitação específica buscando o desenvolvimento das competências das trabalhadoras e demais atores da empresa para adaptar as regras a um contexto do mundo real, de forma a torná-las eficazes e eficientes⁸¹. A capacitação deve ocorrer antes do início das atividades e de forma continuada durante a jornada de trabalho.
- Uso de *checklist* e medidas de mitigação ou de eliminação dos riscos devem ser implementadas de acordo com a NR15 e a Norma da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN-NN-3.0) que determina os limites de tolerância, os princípios, as obrigações e controles básicos.
- Capacitação específica buscando o desenvolvimento das competências das trabalhadoras e demais atores da empresa para adaptar as regras a um contexto do mundo real, de forma a torná-las eficazes e eficientes⁸¹. A capacitação deve ocorrer antes do início das atividades e de forma continuada durante a jornada de trabalho.

5.2.4. Fatores de esforço físico percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde e medidas de gerenciamento de risco

Setores avaliados: ambulatorial (56,6%), oncologia (11,5%), terapia intensiva (20,9%) e urgência (10,9%) – No geral, 98,1% das trabalhadoras perceberam um ou mais dos fatores de esforço físico.

Percepção de risco de exposição por categoria profissional: Auxiliar e Técnica de Enfermagem (41,8%), Enfermeira (37,7%) e Médica (16,6%).

Percepção de risco de exposição, por percentuais de respondentes, a: levantamento de objetos pesados e procedimentos com pacientes (75,3%); Posturas extremas ou nocivas (47,0%); Longos períodos em pé (76,5%); Longos períodos sentada (21,9%); Flexão de coluna prolongada (56,1%); Demanda recorrente de subir e descer escada (26,6%).

Processos de trabalho com riscos: tarefas físicas como levantar peso (excesso de esforço com pacientes e equipamentos), realizar reanimação cardiorrespiratória, deslocamento e ficar em pé ou sentada por longos períodos, e tarefas que exigem posturas extremas ou nocivas etc.^{15,80,81,83,87}.

Possíveis desfechos descritos na literatura e/ou percebidos pelas trabalhadoras

- Na saúde da mulher: mulheres grávidas apresentam risco aumentado para afecções musculoesqueléticas, principalmente lombalgias⁸³.
- Na saúde do conceito, feto e lactente: efeito teratogênico (estresse fetal, restrição de crescimento intrauterino, baixo peso e prematuridade)^{83,86}. Aborto espontâneo⁸⁶

Gerenciamento de risco

Medidas comuns de proteção unificada (para todos os trabalhadores):

- Precauções padrão – medidas adequadas para proteção pessoal disponíveis para o profissional de saúde: dispositivos para movimentação segura de cargas, como para movimentação de pacientes e para levantar, empurrar e puxar cargas.
- Os profissionais de saúde devem avaliar rotineiramente o risco de esforço físico, antes de qualquer atividade de cuidados de saúde.

Medidas protetivas para as gestantes e lactantes:

- Adaptar as condições de trabalho^{105,147}.
- Transferir para uma função ou setor mais seguros¹⁰⁵.
- Conceder licença remunerada, quando as outras medidas não forem suficientes para garantir a saúde da gestante, lactante e bebê¹⁴⁷.
- Evitar longas horas de trabalho, ficar em pé por muito tempo e fazer trabalho físico pesado, especialmente no final da gravidez⁶¹.

Medidas de gestão/instrumentos gerenciais:

- Programas de modificação de tarefas no ambiente de trabalho que permitam a permanência das trabalhadoras grávidas em suas atividades pelo maior tempo possível, durante a gestação^{15,25,80,83-86}.
- Capacitação específica buscando o desenvolvimento das competências das trabalhadoras e demais atores da empresa para adaptar as regras a um contexto do mundo real, de forma a torná-las eficazes e eficientes⁸¹. A capacitação deve ocorrer antes do início das atividades e de forma continuada durante a jornada de trabalho.

5.2.5. Fatores predisponentes a acidentes percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde e medidas de gerenciamento de risco

Setores avaliados: ambulatorial (49,2%), oncologia (9,4%), terapia intensiva (19,1%) e urgência (9,8%) – No geral, 86,5% das trabalhadoras perceberam um ou mais dos fatores predisponentes a acidentes.

Percepção de risco de exposição por categoria profissional: Auxiliar e Técnica de Enfermagem (35,0%), Enfermeira (33,2%) e Médica (15,0%).

Percepção de risco de exposição, por percentuais de respondentes, a: ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos (43,3%); mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada (62,2%); iluminação inadequada (32,8%); piso escorregadio ou com irregularidades 26,6%); condições térmicas – calor e frio (60,9%).

Processos de trabalho com riscos: todos os processos de trabalho que envolvam a assistência direta à saúde.

Possíveis desfechos descritos na literatura e/ou percebidos pelas trabalhadoras

- Na saúde da mulher: mulheres grávidas apresentam risco aumentado para afecções musculoesqueléticas, principalmente lombalgias⁸³. Trauma abdominal com lesão uterina. Alguns estressores ergonômicos aumentam o risco de acidentes com quedas, acidentes automobilísticos e de acidentes com material biológico^{83,86,87}.
- Na saúde do conceito, feto e lactente: em caso de trauma abdominal da gestante: estresse fetal, descolamento prematuro de placenta; restrição do crescimento intrauterino e prematuridade; e o risco de morte fetal que aumenta com o avançar da gestação^{83,86,87}. Em caso de acidente com material biológico: suspensão precoce do aleitamento materno⁸³.

Gerenciamento de risco

Medidas comuns de proteção unificada (para todos os trabalhadores):

- Precauções padrão – medidas adequadas para proteção pessoal disponíveis para o profissional de saúde: higienização e desinfecção frequente das mãos, roupas e ambientes; uso de EPIs como luvas, toucas, máscaras e jalecos; estabelecer rígidos padrões sobre o manuseio de objetos perfurocortantes; descartar resíduos corretamente; objetos perfurocortantes com dispositivos de proteção. Dispositivos

para movimentação segura de cargas, como para movimentação de pacientes e para levantar, empurrar e puxar cargas.

- Os profissionais de saúde devem avaliar rotineiramente o risco de acidentes, antes de qualquer atividade de cuidados de saúde.

Medidas protetivas para as gestantes e lactantes:

- Adaptar as condições de trabalho^{105,147}.
- Transferir para uma função ou setor mais seguros¹⁰⁵.
- Conceder licença remunerada, quando as outras medidas não forem suficientes para garantir a saúde da gestante, lactante e bebê¹⁴⁷.

Medidas de gestão/instrumentos gerenciais:

- Programas de modificação de tarefas no ambiente de trabalho que permitam a permanência das trabalhadoras grávidas em suas atividades pelo maior tempo possível, durante a gestação^{15,25,80,83-86}.
- Avaliar a segurança física e psicossocial das gestantes, com base no clima organizacional e saúde psicológica. Exemplo: o *Psychosocial Safety Climate* (PSC), que enfatiza os componentes psicossociais dos antecedentes de acidentes de trabalho, poderia ser aplicado para avaliar a segurança física e psicossocial das gestantes²⁰³.
- Providenciar e rever sistematicamente as medidas de controle das condições de conforto térmico e de iluminação, e das condições de piso e mobiliários.
- Capacitação específica buscando o desenvolvimento das competências das trabalhadoras e demais atores da empresa para adaptar as regras a um contexto do mundo real, de forma a torná-las eficazes e eficientes⁸¹. A capacitação deve ocorrer antes do início das atividades e de forma continuada durante a jornada de trabalho.

5.2.6. Fatores de risco psicossociais percebidos pelas trabalhadoras ou descritos na literatura, possíveis desfechos na saúde e medidas de gerenciamento de risco

Setores avaliados: ambulatorial (52,0%), oncologia (10,5%), terapia intensiva (20,7%) e urgência (10,7%) – No geral, 91,3% das trabalhadoras perceberam um ou mais dos fatores de risco psicossociais.

Percepção de risco de exposição por categoria profissional: Auxiliar e Técnica de Enfermagem (37,5%), Enfermeira (35,7%) e Médica (16,8%).

Percepção de risco de exposição, por percentuais de respondentes, a: trabalho em turno noturno (40,6%); trabalho em rodízio de turnos (16,7%); jornada de trabalho prolongada (25,8%); múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais (20,6%); controle rígido de produtividade (10,8%); ritmos excessivos ou intensidade de trabalho (54,2%); monotonia e repetitividade (9,4%); exigências exageradas de produtividade (16,3%); gestão demasiadamente burocrática (29,2%); relações interpessoais difíceis no trabalho (33,5%); gestão não imparcial de pessoas e do trabalho (16,7%); desrespeito às atribuições da carreira (16,3%); assédio moral por estar grávida ou a amamentar (5,0%).

Processos de trabalho com riscos – todos os processos de trabalho que envolvam a assistência direta à saúde e com as possíveis situações quanto:

- À organização do trabalho: baixo clima organizacional, carga de trabalho excessiva, turno de trabalho rotativo, trabalho em turnos, trabalho noturno e condições de contratação precárias^{15,81,83,84,86-88}.
- Aos fatores psicossociais: alta carga psicológica, altas demandas psicossociais, o estresse causado pela atividade (demandas que exigem muito fisicamente e emocionalmente), o sentimento de culpa por se sentir sobrecarregando os colegas (no caso de gestantes ou mães) e o baixo clima de segurança gerado pela falta de exigibilidade das medidas de proteção, dificultando a conciliação do trabalho e da gravidez^{15,25,83,85-87}.

Possíveis desfechos descritos na literatura e/ou percebidos pelas trabalhadoras

- Na saúde da mulher: estresse causado pela atividade e a carga de trabalho, estados ansiosos e depressivos, estresse ao retornar à rotina de trabalho^{83,84}. Exemplos:
 - ✓ Os tipos e duração dos turnos de trabalho, e o clima organizacional podem impactar negativamente a saúde da trabalhadora gestante empregada em hospitais^{15,83,84,86-88}.
 - ✓ O trabalho em turno noturno pode aumentar os riscos de ficar doente no dia seguinte ao turno de trabalho. A quantidade e a duração dos turnos, superiores a 12 horas, têm relação direta com o aumento dos riscos, e a interferência no sono ou na manutenção do sono pode resultar em cansaço, levando as trabalhadoras grávidas a sentirem que as demandas de seus locais de trabalho excedem suas habilidades^{19,25,125}.
 - ✓ O estresse causado pela atividade e a carga de trabalho podem desencadear complicações como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão gestacional⁸⁴. A ocorrência de Distúrbios Hipertensivos da Gravidez está relacionada ao trabalho noturno e ao período gestacional, primeiras 20 semanas de gravidez, sendo que o

risco cresce com o aumento de turnos consecutivos e de retornos rápidos após turnos noturnos^{16,122}.

- ✓ Depressão pós-parto (DPP) associada a maiores demandas psicológicas, menor autonomia de horário e menor controle percebido sobre o trabalho e a família¹²⁷.
- ✓ Estresse e medo devido ao manejo dos sintomas da gravidez e da prevenção de riscos ocupacionais que podiam afetar a gravidez⁸⁰.
- Na saúde do conceito, feto e lactente:
 - ✓ Em caso de trauma abdominal da gestante: ameaça de trabalho de parto prematuro e ameaça de aborto^{15,19,20,84,125}; parto pré-termo^{83,84}; aborto espontâneo.
 - ✓ Microcefalia, má-formação fetal e transtornos do desenvolvimento (restrições de crescimento)^{15,83}.
 - ✓ Desmame precoce⁸³. O estresse da trabalhadora ao retornar à rotina de trabalho, após a licença maternidade, pode afetá-la emocionalmente e, por exemplo, ela deixa de produzir leite em quantidade suficiente para amamentar.

Gerenciamento de risco

Medidas comuns de proteção unificada (para todos os trabalhadores):

- Acesso a apoio psicossocial e aconselhamento, e às demais políticas e programas que constam das medidas de gestão.

Medidas protetivas para as gestantes e lactantes:

- Adaptar as condições de trabalho^{105,147}.
- Transferir para uma função ou setor mais seguros¹⁰⁵.
- Conceder licença remunerada, quando as outras medidas não forem suficientes para garantir a saúde da gestante, lactante e bebê¹⁴⁷.
- Acesso a apoio psicossocial e aconselhamento.
- Evitar longas horas de trabalho, ficar em pé por muito tempo e fazer trabalho físico pesado, especialmente no final da gravidez⁶¹.
- Jornada de trabalho em turno: de preferência o turno rotativo de avanço rápido que é mais protetor que outra programação (turnos rotativos lentos ou intermediários, programação de rotação reversa), períodos de descanso entre turnos consecutivos (> 11 horas) e um dia de descanso após um turno noturno⁹⁹.

Medidas de gestão/instrumentos gerenciais:

- Políticas de gestão de jornada de trabalho, turnos, descanso e recuperação, com medidas orientadas tanto para a trabalhadora quanto para a organização do trabalho: turno rotativo de avanço rápido é mais protetor que turnos rotativos lentos ou intermediários e programação de rotação reversa; períodos de descanso entre turnos consecutivos (> 11 horas) e um dia de descanso após um turno noturno. Em conjunto com medidas orientadas para o indivíduo, permitem a minimização do impacto do trabalho por turnos na saúde e na prevenção do desalinhamento entre o ritmo sono-vigília e o trabalho por turnos^{99,197,198}.
- Política de prevenção da violência e do assédio no local de trabalho: violência, assédio e as várias formas de discriminação, tanto de gênero quanto por ser gestante, lactante ou mãe.
- Avaliar a segurança física e psicossocial das gestantes, com base no clima organizacional e saúde psicológica. Exemplos: o *Psychosocial Safety Climate* (PSC), que enfatiza os componentes psicossociais dos antecedentes de acidentes de trabalho, poderia ser aplicado para avaliar a segurança física e psicossocial das gestantes²⁰³. A violência no local de trabalho também oferece risco à segurança física e à saúde mental da trabalhadora gestante, o que torna importante a avaliação preliminar do risco de violência no trabalho do tipo II, principalmente nos serviços de emergência¹⁹⁶.
- Programas de modificação de tarefas no ambiente de trabalho que permitam a permanência das trabalhadoras grávidas em suas atividades pelo maior tempo possível, durante a gestação^{15,25,80,83-86}.
- Programas para trabalhadores com incapacidade parcial e temporária para o trabalho. Com adaptações, podem contribuir para a minimização dos riscos a que estão expostas as profissionais de saúde grávidas e diminuir os impactos na saúde, como dores nas costas^{199,200}, distúrbios hipertensivos na gravidez^{16,201} e depressão pós-parto grave²¹; e favorecer a permanência das grávidas no trabalho, evitando prejuízos de ordem financeira e profissional^{160,168,170,184,200}. Exemplos: o gerenciamento de risco para redução de sintomas musculoesqueléticos¹⁹⁷; o programa *Spine Care for Nurses* com foco na redução da síndrome de dor lombar crônica inespecífica¹⁹⁹; o estudo de taxonomia das tarefas comuns de profissionais da enfermagem com avaliação da carga física de trabalho e criação de índice de risco¹⁹⁵; a avaliação do trabalho em turno rotativo com uso de questionário¹⁹⁷ e de prevenção de transtornos relacionados ao trabalho em turnos, em enfermeiros¹⁹⁸, além do estudo sobre

sistemas de gerenciamento de risco de fadiga (FRMS) para lidar com a fadiga dos enfermeiros em hospitais²⁰².

- Capacitação específica buscando o desenvolvimento das competências das trabalhadoras e demais atores da empresa para adaptar as regras a um contexto do mundo real, de forma a torná-las eficazes e eficientes⁸¹. A capacitação deve ocorrer antes do início das atividades e de forma continuada durante a jornada de trabalho.

5.3. Educação em Segurança e Saúde no Trabalho (SST)

Quanto às propostas de conteúdo para educação, cabe reiterar o direito das trabalhadoras à informação^{147,159} sobre a sua saúde, os riscos a que estão expostas e as medidas para controlá-las, e sobre direitos jurídicos e previdenciários, com especial atenção às trabalhadoras grávidas⁸¹.

As ações educativas sobre riscos ocupacionais e seus possíveis desfechos na saúde sexual e reprodutiva dos trabalhadores da área da saúde devem fazer parte das iniciativas de capacitação em segurança e saúde no trabalho, antes do início das atividades de qualquer profissional e, de forma continuada, durante a sua jornada de trabalho.

Temas, como os riscos potenciais para a saúde; medidas de controle; normas e procedimentos de higiene; utilização de EPC e EPI e de vestimentas de trabalho; as medidas a serem adotadas pelos trabalhadores para a prevenção de acidentes e em casos de incidentes, devem ser contemplados nas iniciativas de capacitação. Inclusive, deve-se buscar aprimorar a habilidade das trabalhadoras em julgar quando e como se adaptar frente às condições de trabalho. As atividades de educação em SST devem utilizar estratégias pedagógicas que trabalhem a informação, preferencialmente, de forma educativa, interativa e participativa junto às trabalhadoras⁸¹.

A capacitação sobre os riscos ocupacionais aos quais a trabalhadora grávida ou lactante está exposta, e as modificações, possivelmente, necessárias no ambiente e processo de trabalho devem ser reforçadas e acontecer ainda no início da gestação ou amamentação⁸⁰. A seguir, algumas sugestões de tópicos para iniciativas de capacitação e educação, por tipo de risco ocupacional, com foco na gravidez e amamentação:

1. Riscos Biológicos

O conteúdo sobre os agentes infecciosos e a saúde reprodutiva devem contemplar questões como:

- Motivos para se preocupar com a exposição.
- Agentes infecciosos que podem ser prejudiciais durante a gravidez.
- Profissionais de saúde expostos a agentes infecciosos.
- O que ainda não é conhecido sobre os agentes infecciosos: exposição ocupacional e desfechos na saúde.
- Medidas para proteger e reduzir ou eliminar a exposição durante a gravidez e amamentação.
- Educação adicional sobre EPI e validação de habilidades da profissional de saúde pela equipe de Prevenção e Infecções do hospital.
- Contatos e links para se obter mais informações sobre os riscos biológicos e vacinas para gestantes.

2. Riscos Químicos

O conteúdo sobre os agentes químicos e a saúde reprodutiva deve contemplar:

- Motivos para se preocupar com a exposição a agentes químicos.
- Agentes químicos que podem ser prejudiciais durante a gravidez.
- Profissionais de saúde expostos a agentes químicos.
- O que ainda não é conhecido sobre os agentes infecciosos: exposição ocupacional e os perigos para a saúde sexual e reprodutiva.
- Medidas para proteger e reduzir ou eliminar a exposição durante a gravidez e amamentação.
- Procedimentos de segurança a serem adotados em caso de incidentes, acidentes e em emergências.
- Educação adicional sobre EPI e validação de habilidades da profissional de saúde pela equipe de Segurança Química do hospital.
- Contatos e links para se obter mais informações sobre os riscos químicos para gestantes e lactentes.

Quanto à exposição a gases anestésicos, a trabalhadora da saúde deve receber informações sobre:

- O que são gases anestésicos.
- O porquê de se preocupar com a exposição.
- Quem é que pode estar exposto aos gases anestésicos.
- O que ainda não é conhecido sobre estes gases.
- O que se pode fazer para reduzir ou eliminar a exposição.

Quanto às trabalhadoras cujas atividades envolvem o preparo, administração e armazenamento de medicamentos antineoplásicos (quimioterapia):

- Devem receber formação e informações sobre o que são drogas antineoplásicas.
- O porquê de se preocupar com a exposição.
- Quem é que pode estar exposto às drogas antineoplásicas.
- O que ainda não é conhecido sobre essas drogas.
- O que se pode fazer para reduzir ou eliminar a exposição.
- A importância de se seguir as orientações de órgãos competentes para eliminar ou reduzir a exposição a medicamentos antineoplásicos.

As informações sobre o trabalho com produtos químicos durante a amamentação devem incluir orientações sobre como proteger o bebê:

- A lactante deve ser orientada a falar com o médico pediatra ou médico do staff de SST do hospital, ou outro profissional de saúde sobre os tipos de produtos químicos usados no trabalho e se é seguro continuar amamentando.
- Se o trabalho envolve substâncias químicas nocivas que podem entrar no leite materno, um médico deve informar sobre maneiras de reduzir ou eliminar o produto químico no leite materno, e o empregador ou responsável pela segurança no local de trabalho sobre as maneiras de reduzir ou eliminar a exposição.
- Para mais informações, a trabalhadora, médico ou empregador devem entrar em contato com a instância oficial, responsável por informações em SST.
- Informações sobre o porquê de se evitar levar produtos químicos do local de trabalho para outros lugares¹⁷³.

3. Risco Físico (radiações ionizantes)

As informações sobre radiação ionizante e a saúde reprodutiva precisam esclarecer a trabalhadora da saúde sobre:

- O que é radiação ionizante e seus tipos mais comuns que incluem partículas alfa e beta, raios gama e raios-X.
- O porquê de se preocupar com a radiação ionizante.
- Quem é que pode estar exposto à radiação ionizante no trabalho.
- O que ainda não é conhecido sobre este risco físico.
- O que se pode fazer para reduzir ou eliminar a exposição.

4. Fatores de risco organizacionais ou relacionados à ergonomia

Quanto às informações sobre as demandas físicas ou de esforço físico e a saúde reprodutiva:

- O que são demandas físicas e os motivos para se preocupar.
- Os impactos das demandas físicas na saúde reprodutiva.
- Quais trabalhos geralmente envolvem altas demandas físicas.
- O que ainda não é conhecido sobre o risco de esforço físico.
- O que se pode fazer para reduzir ou eliminar a exposição.
- Solicitar à trabalhadora que discuta com o seu médico as recomendações para levantamento de peso durante a gravidez.

Quanto às informações e orientações sobre jornada de trabalho e a saúde sexual e reprodutiva:

- Quais são os problemas relacionados ao horário de trabalho, especialmente o trabalho por turnos e longas jornadas de trabalho.
- Os motivos de preocupação com o trabalho noturno.
- O que ainda não é conhecido sobre os impactos do trabalho em turnos noturnos.
- O que se pode fazer para melhorar o horário de trabalho.
- Dicas de higiene do sono para trabalhadoras de turnos noturnos.

Quanto às informações e orientações sobre os fatores psicossociais e a saúde mental e reprodutiva:

- Como lidar com os estressores psicossociais relativos à carreira, à carga e ritmo de trabalho e ao ambiente social e técnico do trabalho, frente ao desafio da conciliação entre maternidade e trabalho, sem impactos negativos na saúde da trabalhadora e da criança. Cabe ressaltar a necessidade de apoio institucional (gestão e informação) quanto às várias formas de assédio e de discriminação, tanto de gênero quanto por ser gestante, lactante ou mãe, no ambiente de trabalho.
- Os componentes psicossociais dos antecedentes de acidentes de trabalho (quedas, acidentes automobilísticos e com material biológico) e a segurança física e psicossocial das gestantes e lactantes (clima organizacional e saúde psicológica).
- Risco de violência no trabalho do tipo II (principalmente nos serviços de emergência) e os possíveis impactos na saúde da gestante, do conceito e do feto.

5.4. Aleitamento materno no trabalho, creche e cuidados com a criança

O apoio e o fomento à amamentação contribuem para a saúde da mãe e da criança, e devem ser parte integrante do conjunto de medidas de proteção da maternidade nos ambientes de trabalho³⁴. Vários aspectos precisam ser considerados para a viabilização da amamentação exclusiva e oportuna, pelo tempo mínimo de 6 meses.

Seguindo as normas e orientações brasileiras e os tratados internacionais, o direito e a duração da amamentação devem ser respeitados e, para tanto, há que se garantir as pausas para amamentar em local adequado, inclusive com a possibilidade de ordenha e estoque^{94,170}. Caso contrário, há que se cogitar a redução da jornada diária da trabalhadora de forma que possa dar continuidade à amamentação, quando do retorno à atividade profissional^{34,94,109,133,134,172}.

Ressalta-se que as normas sobre amamentação diferem conforme o tipo de vínculo de emprego das profissionais de saúde do hospital universitário (estatutário e celetista), cabendo à instituição observá-las e, na falta de regulamentação oficial, instituir medidas que favoreçam a amamentação, a despeito do vínculo empregatício³⁴.

Para além das intervenções no local de trabalho, é importante que a instituição, de alguma forma, apoie a gestante e a lactante na superação dos obstáculos à amamentação exclusiva. Muitas vezes, os principais fatores a afetar a amamentação incluem atributos maternos, como conhecimento sobre amamentação, decisões pré-natais, prioridades conflitantes das mães e a disponibilidade de apoio social e no local de trabalho⁹¹. O suporte emocional e o acompanhamento da trabalhadora gestante ou lactante, na tomada de decisões a respeito da amamentação, são fundamentais para o início e sua continuidade após o retorno ao trabalho^{169,170}.

No Brasil, quanto à exposição aos riscos químicos, as nutrizes só estão contempladas no item relativo aos quimioterápicos antineoplásicos (NR32, item 32.3.9.4.6). Contudo, os serviços de saúde deveriam ir além, em seus respectivos planos ou programas de atenção à saúde do trabalhador, e contemplar os agentes de risco biológico e os produtos químicos de uma maneira geral, no tocante à proteção da saúde das gestantes, nutrizes e lactentes. Por exemplo, com a possibilidade de transmissão vertical do HIV e em caso de contaminação acidental, há a necessidade de se interromper o aleitamento materno Pustiglione, 2017. Ainda, deve-se evitar a exposição das gestantes e nutrizes a produtos contendo benzeno, como é o caso da benzina retificada utilizada no setor de saúde¹⁵¹, tendo em vista que não há limite seguro de exposição ao benzeno (NR15, Anexo nº 13-A).

Ademais, conforme o Parágrafo 6(4) da Recomendação nº 191 da OIT^{34,147}, a trabalhadora grávida ou lactante não deve ser obrigada a fazer trabalho noturno, se um atestado médico declarar que tal trabalho é incompatível com sua gravidez ou amamentação.

5.5. Atuação da equipe de SST e gestores

Aos gestores das unidades de saúde e das federações hospitalares cabe a implementação de medidas de saúde ocupacional, enquanto dever de cuidado do empregador. Os administradores ou gestores de instituições de saúde devem estar comprometidos em manter e promover padrões de segurança e a revisar suas políticas de segurança periodicamente. Tal atuação resultará na redução do absenteísmo, aumento da produtividade laboral e retenção dos trabalhadores da saúde¹¹⁰.

Como propostas a serem incluídas ou reforçadas na atuação dos gestores e da equipe de SST, quanto à proteção da maternidade nos ambientes de trabalho, tem-se:

- Buscar compreender as razões das lacunas entre os procedimentos prescritos e as práticas dos trabalhadores, especialmente das gestantes e lactantes, para melhorar a proteção da maternidade no local de trabalho.
- Atentar para a importância dos meios de proteção participativos e acessíveis para todas as trabalhadoras, inclusive informando sobre seus direitos. Há que se ter recursos suficientes para que as equipes de trabalho possam apoiar as trabalhadoras grávidas e para uma abordagem participativa da proteção da gravidez no trabalho que inclua as trabalhadoras, os seus colegas, a direção e uma equipe multidisciplinar de saúde ocupacional⁸⁸.
- Consultar especialistas autorizados em matéria de saúde e segurança para a realização de análises de risco, e desenvolver formas que apoiem a habilidade das trabalhadoras em julgar quando e como se adaptar ⁸⁸. As adequações de trabalho recomendadas por estes profissionais podem contribuir para a manutenção da gestante no trabalho, tendo em vista que, se não forem adequadas, as condições de trabalho podem desempenhar um papel relevante no curso de diversos sintomas ou doenças relacionadas à gravidez.
- Ao se pensar as políticas e normas institucionais sobre o trabalho durante a gravidez, deve-se considerar uma maior flexibilidade em termos de jornada diária de trabalho e de controle sobre as demandas do trabalho²⁵.

5.6. Conciliação entre trabalho, maternidade e família

A conciliação entre as responsabilidades familiares e o emprego^{25,81,89-91}, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida no trabalho, inclusive com a redução progressiva da jornada diária de trabalho e das horas extras³⁴, fazem parte das normativas da OIT, nomeadamente a Recomendação nº 191¹⁴⁷, a Convenção dos Trabalhadores com Responsabilidades Familiares (1981)³³, e o art. 8º da Convenção nº 156 que determina a não extinção da relação de trabalho devido às responsabilidades familiares³³.

Diante do resultado de mais 73,0% de trabalhadoras dos setores hospitalares estudados que perceberam as situações compreendidas pelos indicadores “Equilíbrio entre Maternidade e Trabalho” e “Proteção da Maternidade no Setor Onde se Trabalha”, como dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho, e para a proteção da maternidade no setor hospitalar onde trabalham, seguem algumas sugestões para a elaboração de um programa institucional de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar:

- De acordo com o fluxograma anteriormente proposto para a identificação das trabalhadoras em idade fértil e medidas de proteção da maternidade no local de trabalho, Figura 25, as trabalhadoras a serem contempladas no programa devem ter de 18 a 49 anos (idade fértil), e, após consentimento, serem acompanhadas até os 51 anos ou quando do desligamento da instituição. Cabe ressaltar que as medidas de avaliação de risco ocupacional e de orientação sobre trabalho e maternidade devem ser para todas, a despeito do consentimento em participar do programa.
- Para a elaboração do programa os seguintes aspectos e tópicos devem ser considerados:
 - ✓ Programa baseado em uma política institucional favorável à família, sustentada pelas decisões e atitudes da gerência, com medidas facilitadoras nos locais de trabalho, como acomodações para amamentação, local para retirada e armazenamento de leite materno, pausas para amamentação^{170,174,175} etc., a serem gerenciadas para superar alguns dos problemas de flexibilidade do trabalho⁹⁰. A Recomendação da OIT de nº 191, em seu parágrafo 9, orienta que as instalações para cuidados com a criança, no local de trabalho ou próximo a ele, devem ter condições adequadas de higiene¹⁴⁷. Cabe ressaltar a importância da flexibilidade do trabalho também para os homens (cônjuge/companheiro) com vistas ao seu papel solidário na prestação de cuidados infantis, facilitando o retorno da mãe ao trabalho⁹⁰.

- ✓ Gerenciamento de riscos com avaliações sistemáticas das exposições por tipo de risco com potencial de impactar negativamente a saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras em idade fértil; e medidas para mitigar ou acabar com os riscos presentes nos ambientes de trabalho. Reitera-se que essas medidas devem compreender, também, a saúde da trabalhadora que está grávida ou lactante e do bebê. As medidas preventivas e de proteção devem compreender as adequações de trabalho recomendadas pelos profissionais de SST, que contribuam para a manutenção da gestante pelo maior tempo possível no trabalho, e que possibilitem a amamentação durante o trabalho, de forma adequada e segura, proporcionando maior equilíbrio entre maternidade e vida profissional²⁵.
- ✓ Acesso a apoio psicossocial e aconselhamento.
- ✓ O retorno ao trabalho após a licença maternidade deve ser contemplado no plano por medidas que favoreçam a amamentação exclusiva e oportuna, durante os 6 primeiros meses de vida do bebê, e medidas que possibilitem o cuidado com os filhos (acompanhamento para exames, consultas e tratamento de saúde, férias escolares etc.). Inclusive, mesmo em caso de adoção, a mulher, como lactante, terá os mesmos direitos dos intervalos que devem ser determinados em acordo direto com a trabalhadora^{34,105}. Exemplo: A Política de Retorno ao Trabalho para novos pais residentes na área de emergência médica⁸⁹, fornece um guia abrangente para os requisitos de treinamento, políticas de licença familiar, uma visão geral dos recursos disponíveis e uma estrutura de agendamento que facilite a transição suave de volta às funções clínicas, após a licença maternidade. Esta política busca “respeitar os residentes que são pais de maneira profundamente pessoal, promovendo assim bem-estar, engajamento, aprendizado e retenção”.
- ✓ O monitoramento do programa, por meio de suas estratégias de acompanhamento, deve favorecer o entendimento de como as trabalhadoras grávidas utilizam elementos do regulamento formal de proteção à maternidade ou desenvolvem suas próprias estratégias para conciliar trabalho e gravidez⁸¹. É importante avaliar se as medidas do programa estão sendo adotadas pelas trabalhadoras ou se esbarram nas restrições reais do local de trabalho, tornando-as impraticáveis, e, ainda, se as trabalhadoras adaptaram algumas medidas consideradas insuficientes ou desenvolveram estratégias próprias.
- ✓ Mudar o rumo, se preciso, ao constatar pontos frágeis na execução do programa e efetuar os ajuste para a maximização dos seus resultados e impactos na conciliação entre maternidade e trabalho.

6. CONCLUSÕES

Os métodos utilizados nessa investigação possibilitaram a análise das relações entre as condições de trabalho e a maternidade, na perspectiva da percepção das trabalhadoras da assistência direta à saúde, dos setores de Urgência, Terapia Intensiva, Oncologia e Ambulatorial, e do que foi encontrado na literatura científica por meio de revisão de escopo.

A partir dos resultados obtidos em cada etapa da investigação, foi possível propor medidas e iniciativas para a proteção da saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras dos setores estudados. Também, foram sugeridos aspectos e pontos importantes a serem contemplados em um programa institucional para o *follow-up* das trabalhadoras em idade fértil, com vistas a proteger tanto a maternidade quanto o trabalho, e favorecer a conciliação entre vida profissional e familiar. Para além das trabalhadoras e de suas famílias, a implementação dessas propostas pode beneficiar diretamente os empregadores e gestores, com a retenção de trabalhadoras qualificadas, manutenção ou aumento da produtividade, e eliminação do custo de treinamento de outro profissional para substituir a gestante.

A percepção das trabalhadoras indicou que os riscos ocupacionais à saúde sexual e reprodutiva, e à saúde do nascituro e lactente, nomeadamente os biológicos, químicos, de esforço físico e de acidentes, os fatores psicossociais e o risco físico (radiações ionizantes), estão presentes nos setores estudados. No geral, a percepção dos riscos foi maior com o aumento da faixa etária, entre as trabalhadoras com 5 ou mais anos na atividade e com vínculo de emprego celetista. Na comparação com a equipe de enfermagem, as médicas tiveram os menores percentuais de reconhecimento desses riscos no ambiente de trabalho. Identificou-se a necessidade de estudos mais aprofundados para melhor compreensão das variações expressivas da percepção de exposição e não exposição, e de não saber responder, quando os dados foram desagregados por setor, tempo na atividade, categoria profissional, faixa etária e tipo de vínculo.

À semelhança dos riscos ocupacionais, apesar da alta percepção das trabalhadoras, ainda houve uma parte que não reconheceu os potenciais desfechos na saúde sexual e reprodutiva, bem como na saúde do feto ou bebê, e muitas não souberam responder. Portanto, conclui-se que parte da força de trabalho pode estar sujeita a certos riscos, sem o saber ou por negação da existência da exposição, e que medidas precisam ser tomadas para se entender melhor o porquê de tal percepção e posicionamento frente aos riscos e agravos, que podem ser desencadeados ou intensificados pelas condições de trabalho. Ressalta-se que tanto a alta percepção quanto a baixa remetem à necessidade de se minimizar ou eliminar

esses riscos, capacitar as trabalhadoras, proteger a saúde, e, conseqüentemente, a maternidade.

Os altos níveis alcançados pelos indicadores de dificuldades para o equilíbrio entre maternidade e trabalho, e de preocupação quanto à proteção da maternidade no local de trabalho permitiram concluir que conciliar trabalho e maternidade não é algo fácil para as trabalhadoras dos setores e unidades hospitalares estudados. Estes indicadores, embora representem genericamente situações relacionadas à maternidade e ao trabalho, podem ser utilizados para guiar decisões importantes, a partir da percepção das trabalhadoras, bem como monitorar os resultados e estratégias de melhoria da proteção da maternidade e do trabalho nos vários setores hospitalares.

Embora com a necessidade de outros estudos, foi possível deduzir que o maior tempo na atividade hospitalar repercutiu na decisão de não se ter filhos ou na postergação da maternidade. Isto reforça as evidências sobre os receios das mulheres quanto aos possíveis impactos de uma gravidez ou maternidade nos planos de trabalho ou na carreira profissional.

A partir da literatura científica e técnico-jurídica, chegou-se a outros importantes achados sobre a proteção da maternidade enquanto direito humano, essencial e fundamental. Para a garantia deste direito, deve-se combater a discriminação no local de trabalho, que pode se manifestar como uma questão de gênero e em razão da própria gravidez, se tornando um obstáculo importante à assistência familiar e à proteção da maternidade e do trabalho. Inclusive, as principais medidas para proteger o trabalho da gestante devem evitar que a maternidade seja fonte de discriminação no trabalho e favorecer a permanência da gestante na atividade profissional pelo maior tempo possível, durante a gestação.

O meio ambiente de trabalho equilibrado e seguro também é considerado um direito humano e fundamental. Portanto, deve ser garantido a todos os trabalhadores, homens e mulheres, em todas as fases do ciclo de vida. Mas, intervenções específicas de gênero são necessárias e devem envolver aspectos relativos à organização do trabalho, como duração da jornada, horas extras, trabalho noturno, dispensa para exames médicos, avaliação de risco ocupacional e medidas específicas de proteção da maternidade e do trabalho, para mães e gestantes.

A possibilidade de proteção da maternidade no trabalho é maior, quando as medidas normativas de segurança estipuladas na legislação estão vinculadas às reais necessidades das trabalhadoras grávidas e aos seus conhecimentos e habilidades profissionais. Para tanto, é importante que as trabalhadoras participem dos processos decisórios de elaboração e implementação das medidas de proteção da maternidade no local de trabalho e de suas carreiras profissionais.

As medidas de proteção, nos níveis macro (políticas) e micro (local de trabalho), devem favorecer a entrada e permanência das mulheres no mercado de trabalho, aumentar os seus rendimentos e possibilitar a progressão na carreira, impactando positivamente a prosperidade econômica, a inclusão social e a saúde das mulheres e de suas famílias. Dessa forma, será possível às mulheres desenvolverem plenamente os seus papéis na produção laboral e na reprodução humana.

Por fim, os resultados dessa investigação poderão auxiliar na elaboração ou melhorias de políticas e programas para a proteção da maternidade e do trabalho em serviços de saúde. No entanto, é preciso observar que a investigação teve como foco categorias profissionais e setores hospitalares específicos, além de ter ocorrido em hospitais universitários administrados por empresa pública de direito privado. Portanto, há que se ter cautela na replicação dos achados e das medidas propostas para a proteção da maternidade nos ambientes de trabalho estudados.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Com base nos resultados desta pesquisa e nas recomendações destinadas aos gestores e trabalhadoras das unidades hospitalares analisadas, espera-se a elaboração e implementação de uma política ou programa institucional voltado para a proteção da maternidade. Essa iniciativa deve direcionar sua atenção às necessidades específicas das trabalhadoras, abordando questões pertinentes à saúde sexual e reprodutiva, bem como à preservação de suas trajetórias profissionais.

Serão elaboradas publicações em relação a aspectos não aprofundados na discussão e conclusões, como a importância da percepção dos riscos ocupacionais pelas trabalhadoras e de sua participação na tomada de decisão de medidas que protejam a maternidade e o trabalho. Adicionalmente, pretende-se desenvolver um projeto de pesquisa que explore aspectos relacionados à maternidade e trabalho em outras áreas e atividades do setor saúde. Este projeto também se dedicará a investigar novas abordagens para a conciliação entre família e trabalho, bem como a maneira como a questão da maternidade deve ser integrada às políticas públicas, especialmente em um contexto de aceleração da queda da fertilidade e natalidade, e de mudança na pirâmide etária brasileira.

BIBLIOGRAFIA

1. Ghosh J, Lansky M, Méda D, Ramani U. Women, Gender and work. Social choices and inequalities. HAL (Le Centre pour la Communication Scientifique Directe). 2017 Jan 1.
2. Lips H, Lawson K. Work Values, Gender, and Expectations About Work Commitment and Pay: Laying the Groundwork for the “Motherhood Penalty”?. *Sex Roles*. 2009 Jul 12;61(9-10):667–76.
3. Lewis S, Stumbitz B, Miles L, Rouse J. Maternity Protection in SMEs: An international review. International Labour Organization eBooks. 2014.
4. Vollset SE, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith AE, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet* [Internet]. 2020 Jul 14;396(10258):1285–306. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30677-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30677-2/fulltext)
5. Berger BO, Wolfson C, Reid LD, Strobino DM. Adverse birth outcomes among women of advanced maternal age with and without health conditions in Maryland. *Women’s Health Issues* [Internet]. 2021 Jan 1;31(1):40–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.08.008>
6. International Labour Organization. Improving employment and working conditions in health services: report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services [Internet]. Geneva: ILO; 2017. Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_dialogue/%40sector/documents/publication/wcms_548288.pdf
7. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K CJ. Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries. Working paper 1. Geneva; 2019. (WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
8. Suarez-Varela MM, Kaerlev L, Zhu JL, Bonde JP, Nohr EA, Llopis-Gonzalez A, et al. Hospital work and pregnancy outcomes: a study in the Danish National Birth Cohort. *Int J Occup Environ Health* [Internet]. 2009;14(4):402–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1179/oeht.2009.15.4.402>
9. Teixeira ML, Sacadura-Leite E. Riscos para a Reprodução de Profissionais de Saúde: Destaque para a Trabalhadora Grávida e Lactante. In: *Diário de Bordo* Editores, editor. *Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais*. 1^a. Lisboa; 2018. p. 547–72.
10. Dement JM, Pompeii LA, Østbye T, Epling C, Lipscomb HJ, James T, et al. An integrated comprehensive occupational surveillance system for health care workers. *American Journal of Industrial Medicine*. 2004 May 20;45(6):528–38.
11. Varela PLR, Oliveira RR de, Melo EC, Mathias TA de F. Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;25:e2949.

12. Zhang XH, Qiu LQ, Ye YH, Xu J. Chromosomal abnormalities: subgroup analysis by maternal age and perinatal features in zhejiang province of China, 2011–2015. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2017;43(1):47. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0363-y>
13. Klemetti R, Kurinczuk JJ, Redshaw M. Older women's pregnancy related symptoms, health and use of antenatal services. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2011 Feb 1;154(2):157–62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.10.025>
14. Callaghan WM, Berg CJ. Pregnancy-related mortality among women aged 35 years and older, United States, 1991–1997. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2003;102(5, Part 1):1015–21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784403007403>
15. Park C, Kang MY, Kim D, Park J, Eom H, Kim EA. Adverse pregnancy outcomes in healthcare workers: a Korean nationwide population-based study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2017 Aug;90(6):501–6.
16. Hammer PEC, Flachs E, Specht I, Pinborg A, Petersen S, Larsen A, et al. Night work and hypertensive disorders of pregnancy: A national register-based cohort study. *Scand J Work Environ Health* [Internet]. 2018;44(4):403–13. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85049454292&doi=10.5271%2Fsjweh.3728&partnerID=40&md5=ab9c0ed07296086a469baf2166ffa494>
17. Palmer KT, Bonzini M, Harris EC, Linaker C, Bonde JP. Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. *Occup Environ Med* [Internet]. 2013 Apr 1;70(4):213 LP – 222. Available from: <http://oem.bmj.com/content/70/4/213.abstract>
18. Bonzini M, Coggon D, Palmer KT. Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2007 Apr;64(4):228–43.
19. Begtrup LM, Specht IO, Hammer PEC, Flachs EM, Garde AH, Hansen J, et al. Night work and miscarriage: a Danish nationwide register-based cohort study. *Occup Environ Med*. 2019;76(5):302–8.
20. Hammer PEC, Garde AH, Begtrup LM, Flachs EM, Hansen J, Hansen ÅM, et al. Night work and sick leave during pregnancy: a national register-based within-worker cohort study. *Occup Environ Med*. 2019 Mar;76(3):163–8.
21. Hammer P, Hageman I, Garde A, Begtrup L, Flachs E, Hansen J, et al. Night work and postpartum depression: a national register-based cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2019 Nov;45(6):577–87.
22. Backhausen M, Damm P, Bendix J, Tabor A, Hegaard H. The prevalence of sick leave: Reasons and associated predictors – A survey among employed pregnant women. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2018;15:54–61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575617301040>
23. Truong BT, Lupattelli A, Kristensen P, Nordeng H. Sick leave and medication use in pregnancy: a European web-based study. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(8). Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e014934>

24. Villar R, Benavides FG, Serra L, Serra C. Occupational risk during pregnancy and sick leave in a cohort of workers from Parc de Salut Mar (Barcelona, Spain) [Prestación por riesgo durante el embarazo e incapacidad temporal en una cohorte de trabajadoras del Parc de Salut Mar (Barcelona, España)]. *Gac Sanit* [Internet]. 2019;33(5):455–61. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85048504272&doi=10.1016%2Fj.gaceta.2018.03.003&partnerID=40&md5=cfc24be45a521426079cb6a25f2303d2>
25. Villar R, Serra L, Serra C, Benavides FG. Working conditions and absence from work during pregnancy in a cohort of healthcare workers. *Occup Environ Med*. 2019;76(4):236–42.
26. Trettene A dos S, Razera APR, Beluci ML, Prado PC, Mondini CC da SD, Spiri WC. Absenteeism and the Technical Safety Index of a tertiary hospital nursing team. *Rev Esc Enferm USP* 2020;54:e03585. Portuguese, English. doi: 10.1590/s1980-220x2018036003585. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32813797.
27. Malenfant R, De Koninck M. Production and reproduction: the issues involved in reconciling work and pregnancy. *New Solut*. 2002;12(1):61-77. doi: 10.2190/GN7F-UWBN-6Y3Q-AN16. PMID: 17208866.
28. Casas M, Cordier S, Martínez D, Barros H, Bonde JP, Burdorf A, et al. Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation: combined analysis of 13 European birth cohorts. *Scand J Work Environ Health*. 2015 Jul;41(4):384-396. doi: 10.5271/sjweh.3500. Epub 2015 May 4. PMID: 25940455.
29. Russell H, Banks J. Pregnancy and employment: a literature review. Published by HSE Crisis Pregnancy Programme and the Equality Authority Dublin, Ireland [Internet]. 2011. Available from: <http://hdl.handle.net/10147/143537>
30. Velázquez M, Pombo M, Unzué L, Bastante T, Mejía E, Albarrán A. Exposición de las cardiólogas intervencionistas a radiaciones ionizantes durante el embarazo. Realmente representa un riesgo para el feto? *Cartas científicas / Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2017;70(7):595–608. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es/exposicion-las-cardiologas-intervencionistas-radiaciones/articulo/90461149>
31. Ghatan CE, Fassiotto M, Jacobsen JP, Sze DY, Kothary N. Occupational Radiation Exposure during Pregnancy: A Survey of Attitudes and Practices among Interventional Radiologists. *J Vasc Interv Radiol*. 2016;27(7):1013–20.
32. International Labour Organization. Convention No. 183 concerning the revision of the Maternity Protection Convention (revised), 1952 [Internet]. Geneva: ILO, 2000. Available from: https://ilo.primo.exlibrisgroup.com/discovery/delivery/41ILO_INST:41ILO_V2/1246487560002676
33. International Labour Organization. Convention No. 156 concerning Workers with Family Responsibilities, 1981 [Internet]. Geneva: ILO; 1981. Available from: https://ilo.primo.exlibrisgroup.com/permalink/41ILO_INST/so1tlh/alma994956267502676

34. Addati L, Cassirer N, Gilchrist K, International Labour Office. Bureau For Gender Equality. Maternity and paternity at work: law and practice across the world. Geneva: ILO; 2014. Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_242615.pdf
35. Gravel AR, Riel J, Messing K. Protecting Pregnant Workers while Fighting Sexism: Work–Pregnancy Balance and Pregnant Nurses’ Resistance in Québec Hospitals: Protéger les travailleuses enceintes en luttant contre le sexisme: équilibre travail-grossesse et résistance d’infirmières encei. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy* [Internet]. 2017 Aug 17;27(3):424–37. Available from: <https://doi.org/10.1177/1048291117724847>
36. Karabchuk T. The subjective well-being of women in Europe: children, work and employment protection legislation. *Mind and Society* [Internet]. 2016;15(2):219–45. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84981203625&doi=10.1007%2Fs11299-016-0194-3&partnerID=40&md5=e9605bc1fff0a2bb10bed0f95378e13e>
37. Delgado I, Cabieses B, Apablaza M, Castillo C, Aguilera X, Matute I, et al. Evaluation of the effectiveness and equity of the maternity protection reform in Chile from 2000 to 2015. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(9). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85072255603&doi=10.1371%2Fjournal.pone.0221150&partnerID=40&md5=66ef94b779b37831e9a2da251e392f5b>
38. Gammage S, Sultana N, Glinski A. Reducing Vulnerable Employment: Is there a Role for Reproductive Health, Social Protection, and Labor Market Policy? *Fem Econ*. 2020;26(1):121–53.
39. Portell M, Gil RM, Losilla JM, Vives J. Characterizing occupational risk perception: the case of biological, ergonomic and organizational hazards in Spanish healthcare workers. *Span J Psychol*. 2014;17:E51.
40. Areosa J. A importância das percepções de riscos dos trabalhadores. *International Journal on Working Conditions*. 2012 Jun 1;3.
41. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 Sep 4;169(7):467–73. Available from: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
42. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
43. Holanda GS, Farias IMS de. Estratégia da triangulação: uma incursão conceitual. *Atos de Pesquisa em Educação*, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 1150–1166, 2020. doi: 10.7867/1809-0354.2020v15n4p1150-1166. Disponível em: <https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8129>
44. Santos JLG dos, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GM de M, Cunha VP da, Ross R, et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 20];26(3). Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300330&lng=pt&tlng=pt

45. Pham MT, Rajić A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*. 2014 Dec 24;5(4):371–85.
46. Vighnesh D. Grey literature and their sources. *Cochrane Blog*, 27 May 2021- [cited 2022 Dec 12]. Available from: <https://s4be.cochrane.org/blog/2021/05/07/grey-literature-and-their-sources/>
47. Dudziak E. O que é literatura cinzenta? *Aguia Blog*, 16 ago. 2021 - [citado 2022 dez 12]. Disponível em: <https://www.aguia.usp.br/noticias/o-que-e-literatura-cinzenta/>
48. Elsevier, Scopus. O maior banco de dados da literatura revisada por pares [Internet]. Available from: <https://www.elsevier.com/pt-br/solutions/scopus>. 2023
49. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BR). Acesso em: 26 de abr 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br>
50. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (BR). Acesso em: 26 abr 21. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
51. Brasil. Lei n.12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina [Internet]. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm
52. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Legislação para o Exercício da Enfermagem* [Internet]. 1986. 6p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
53. Bresciani HR, organizadora. L514 Legislação comentada: lei do exercício profissional e código de ética. Florianópolis: CRE de Santa Catarina; Letra Editorial; 2016. 137 p. (Cadernos Enfermagens; v. 3).
54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 317 p. (Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica; nº 29).
55. Longaray A, Beuren I. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. 2003. Publisher: Atlas. ISBN: 9788522443918.
56. Lellis NBM, Azevedo V, de Lucca SR, Pustiglione M, Bandini MC. Occupational risk perceived by pregnant workers: Proposal for an assessment tool for health professionals. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* [Internet]. 2020;18(2):169–76. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85096307821&doi=10.47626%2F1679-4435-2020-550&partnerID=40&md5=af1eb2079ea917c65465a20a0e5e021e>
57. Farias JS, Guimaraes T de A, Vargas ER de, Albuquerque PHM. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha: a percepção de profissionais de saúde. *Rev Adm Pública* [Internet].

2011Sep;45(5):1303–26. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000500004>

58. Brito QHF, Avena K de M, Portilho EML, Pereira MA, Quintanilha LF. Maternidade, paternidade e vida acadêmica: impactos e percepções de mães e pais estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2021 Nov 22 [cited 2022 Nov 21];45(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022021000400219&tlng=pt
59. Campos JF, David HSL. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 Apr [cited 2022 Nov 21];45(2):363–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200009&lng=pt&tlng=pt
60. Pereira FMV, Malaguti-Toffano SE, Silva AM da, Canini SRM da S, Gir E. Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Jun [cited 2022 Nov 21];47(3):686–93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300686&lng=pt&tlng=pt
61. Bonzini M, Coggon D, Palmer KT. Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2007;64(4):228–43. doi: 10.1136/oem.2006.030010.
62. Camargo ML, Almeida NDS, Goulart E Jr. Considerações sobre o assédio moral como fator contribuinte para os episódios depressivos no trabalho: a violência velada e o adoecimento mental do trabalhador. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2018 Dec 30;39(2):129.
63. Cipriano AP. Assédio moral à empregada gestante. *Conteúdo Jurídico*, Brasília-DF: 27 jun 2015, 04:30. Acesso em: 02 dez 2022. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/44679/assedio-moral-a-empregada-gestante>.
64. Rangel TMS. Fatores que influenciam a carreira profissional da mulher após a maternidade [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, Universidade Federal do Rio de Janeiro (FACC/UFRJ); 2019. 61 p. Acesso em: 20, junho de 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11422/12519>.
65. Almeida MC. Relatório Pesquisa TRF1 Mulheres (12620106) [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 21]. Available from: https://portal.trf1.jus.br/data/files/5E/E3/B4/F5/CFBEC71095B3AEC7833809C2/Relat_rio%20de%20Pesquisa%20sobre%20as%20Mulheres%20do%20TRF1.pdf
66. Agresti A. *Categorical Data Analysis*. Edição: 3. Hoboken, NJ: Wiley; 2012.
67. Canhota C. Qual a importância do estudo piloto? In: Silva, EE (Org.). *Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica*. Lisboa: APMCG, 2008. p. 69-72.
68. GIL, AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

69. Aaker D, Kumar V, Day G. Marketing research. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Inc.; 1995.
70. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
71. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS de, Melo LPT de, Fialho AV de M. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicol Estud* [Internet]. 2014 Mar [cited 2024 Mar 21];19(1):115–24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
72. Davoglio TR, Santos BS dos. Motivação docente: reflexões acerca do construto. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)* [Internet]. 2017 Dec [cited 2024 Mar 17];22(3):772–92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772017000300772&lng=pt&tlng=pt
73. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. 2nd ed. New York: Guilford; 2015.
74. HAIR JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL, Sant’Anna AS. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman; 2009.
75. Ove-Hansson S, Schenk L. Protection without Discrimination: Pregnancy and Occupational Health Regulations. *European Journal of Risk Regulation*. 2016;7(2):404–412.
76. Torres Romero MG, González Perfetti AE, Hernández Hernández H, Rivadulla Lema I, Sanz Valero J, Guergué Gómez MC. Factores que influyen en la duración de la prestación por riesgo durante el embarazo en las trabajadoras del ámbito sanitario. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: estudio descriptivo y transversal. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 21];29(2):40–5. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602020000200008&lng=es. Epub 19 Oct 2020
77. Warembourg C, Cordier S, Garlantézec R. An update systematic review of fetal death, congenital anomalies, and fertility disorders among health care workers. *Am J Ind Med*. 2017 Jun;60(6):578–90.
78. Chin TL, MacGowan AP, Jacobson SK, Donati M. Viral infections in pregnancy: advice for healthcare workers. *Journal of Hospital Infection*. 2014 May;87(1):11–24.
79. Wicker S. Viral infections: occupational risk for pregnant health-care personnel? *Procedia Vaccinol* [Internet]. 2012;6:156–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877282X12000239>
80. Rainbow JG, Dolan HR, Farland L. Nurses’ experiences of working while pregnant: A qualitative descriptive study. *Int J Nurs Stud*. 2021 Dec 1;124:104092.
81. Abderhalden-Zellweger A, Probst I, Politis Mercier MP, Danuser B, Krief P. Protecting pregnancy at work: Normative safety measures and employees’ safety strategies in reconciling work and pregnancy. *Saf Sci*. 2021 Oct 1;142:105387.
82. Gaskins AJ, Chavarro JE, Rich-Edwards JW, Missmer SA, Laden F, Henn SA, et al. Occupational use of high-level disinfectants and fecundity among nurses. *Scand J Work Environ Health*. 2017 Mar;43(2):171–80.

83. Pustiglione M. Trabalhadoras gestantes e lactantes: impacto de agentes de risco ocupacional (ARO) no processo de gestação, no conceito e no lactente. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 22];15(3):284–94. Available from: <http://www.rbmt.org.br/details/260/pt-BR/trabalhadoras-gestantes-e-lactantes--impacto-de-agentes-de-risco-ocupacional--aro--no-processo-de-gestacao--no-concepto-e-no-lactente>
84. Antolínez Ruiz P, Lafaurie Villamil MM. Estrés y sobrecarga laboral durante el embarazo: experiencias de médicas del sector asistencial en bogotá. *Hacia la promoción de la salud* [Internet]. 2017 Jun 20 [cited 2023 Jan 22];22(1):84–100. Available from: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/3692>
85. Assadi SN. Is Being a Health-care Worker a Risk Factor for Women’s Reproductive System? *Int J Prev Med*. 2013 Jul;4(7):852–7.
86. Francis F, Johnsunderraj SE, Y DK, Raghavan D, Al-Furgani A, Bera LP, et al. Ergonomic Stressors Among Pregnant Healthcare Workers: Impact on pregnancy outcomes and recommended safety practices. *Sultan Qaboos Univ Med J* [Internet]. 2021 Jun;21(2):e172–181. Available from: <https://journals.squ.edu.om/index.php/squmj/article/view/4401>
87. Villar Vinuesa R, Serra C, Serra L, Benavides FG. Sickness absence, medical and workplace conditions during pregnancy in a cohort of healthcare workers. *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet]. 2022 Apr 15;25(2):101–18. Available from: <https://archivosdeprevencion.eu/index.php/aprl/article/view/194>
88. Abderhalden-Zellweger A, Probst I, Politis Mercier M-P, Danuser B, Krief P. Maternity Protection at Work and Safety Climate: The Perceptions of Managers and Employees in Three Healthcare Institutions in Switzerland. *Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology*. 2021;6(1):8. doi: <https://doi.org/10.16993/sjwop.149>
89. Gordon AJ, Sebok-Syer SS, Dohn AM, Smith-Coggins R, Ewen Wang N, Williams SR, et al. The Birth of a Return to work Policy for New Resident Parents in Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*. 2019 Mar 5;26(3):317–26.
90. Nowak MJ, Naude M, Thomas G. Returning to Work After Maternity Leave: Childcare and Workplace Flexibility. *Journal of Industrial Relations*. 2013 Feb 21;55(1):118–35.
91. AlSedra H, AlQurashi AA. Exploring the Experience of Breastfeeding Among Working Mothers at Healthcare Facility in Saudi Arabia: A Qualitative Approach. *Cureus*. 2022 May 31.
92. Yu E. Occupational Exposure in Health Care Personnel to Antineoplastic Drugs and Initiation of Safe Handling in Hong Kong. *Journal of Infusion Nursing*. 2020 May;43(3):121–33.
93. Ocampo-Guirindola ML, Valdeabella-Maniego MLM, Gaya KFM. Utilization of lactation station and lactation breaks and its association with the duration of breastfeeding among filipino mothers with children aged 0-23 months. *Philipp J Sci* [Internet]. 2018;147(2):317–25. Available from:

- <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85066410353&partnerID=40&md5=cc422351f58381840b6495ef2b37b436>
94. Galtry J. Strengthening the human rights framework to protect breastfeeding: a focus on CEDAW. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2015;10(1). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84960403910&doi=10.1186%2Fs13006-015-0054-5&partnerID=40&md5=b018040167a7c17012373c2742778e21>
 95. Reddy V, Kollhoff AL, Murase JE, Martires K. Management guidelines for pregnant health care workers exposed to infectious dermatoses. *Int J Womens Dermatol*. 2020 Jun;6(3):142–51.
 96. Dugheri S, Bonari A, Pompilio I, Boccalon P, Mucci N, Arcangeli G. A new approach to assessing occupational exposure to antineoplastic drugs in hospital environments. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2018;69(3):226–37.
 97. Dugheri S, Massi D, Mucci N, Berti N, Cappelli G, Arcangeli G. How improvements in monitoring and safety practices lowered airborne formaldehyde concentrations at an Italian university hospital: a summary of 20 years of experience. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2020;71(3):178–89.
 98. Quinot C, Amsellem-Dubourget S, Temam S, Sevin E, Barreto C, Tackin A, et al. Development of a bar code-based exposure assessment method to evaluate occupational exposure to disinfectants and cleaning products: a pilot study. *Occup Environ Med*. 2018;75(9):668–74.
 99. d'Ettorre G, Pellicani V. Preventing Shift Work Disorder in Shift Health-care Workers. *Saf Health Work*. 2020 Jun;11(2):244–7.
 100. Andrade LL. Gênero, trabalho e bem-estar social na América Latina: um estudo das políticas de licenças maternidade, paternidade e parentais no Brasil, Chile e Uruguai. 2018. 127 f. il. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) — Universidade de Brasília, Brasília, 2018. [Internet]. Universidade de Brasília; 2018 [cited 2023 Feb 27]. Available from: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/32322>
 101. Pitanga EMI. O retrocesso social da reforma trabalhista: análise do art. 394-A e a inobservância da proteção à maternidade. *Res Severa Verum Gaudium* [Internet]. 2021 Dec 2;6(1). Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/resseveraverumgaudium/article/view/116916>
 102. Carvalho APDL, Nantes RA, Balthazar BLTDA, Câmara JBDA, Matos GBDC, Lima AMS. Impactos da Reforma Trabalhista no trabalho realizado em ambiente insalubre hospitalar. *Temas em Saúde*. 2020;20(1):328–59.
 103. Nunes CA, Martins JC. A proteção à maternidade nas relações de emprego e seu (des)amparo pela reforma trabalhista. *Revista Jurídica (FURB)*. 2020 Jul 29;24(53):7903.
 104. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. [recurso eletrônico] — Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação; 2023. eBook (264 p.) [Internet]. 1988. Available from: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoCons->

105. Consolidação das Leis do Trabalho e normas correlatas (BR). Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.189 p. 2017.
106. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria 3214 de 08 de junho de 1978. Limite de tolerância - NR 15 - anexo 11. 1978 [cited 2023 Feb 28]. Available from: <https://basis.trt2.jus.br/handle/123456789/2730>
107. World Social Protection Report 2014/15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice. Geneva: International Labour Office; 2014.
108. International Labour Organization. Convention No.183 concerning Maternity Protection (revised), 2000. Geneva: ILO; 2000. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183
109. International Labor Organization. Convention No. 103 concerning Maternity Protection (revised), 1952. Geneva: ILO; 1952. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:C103
110. World Health Organization; International Labour Organization. Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers. Geneva: WHO/ILO; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
111. Council Directive 92/85/EEC of 19 October 1992 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health at work of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding (tenth individual Directive within the meaning of Article 16 (1) of Directive 89/391/EEC). 1992 [cited 2023 Mar 6]; Available from: <http://data.europa.eu/eli/dir/1992/85/2019-07-26>
112. Diretiva (UE) 2019/1158 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de junho de 2019, relativa à conciliação entre a vida profissional e a vida familiar dos progenitores e cuidadores e que revoga a Diretiva 2010/18/UE do Conselho. [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <http://data.europa.eu/eli/dir/2019/1158/oj>
113. National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding and Your Job – Reproductive Health [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/breastfeeding.html>
114. National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Radiation – Ionizing – Reproductive Health [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/reproductive-health/prevention/ionizing-radiation.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/ionizingradiation.html
115. National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Anesthetic Gases – Reproductive Health [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/anestheticgases.html>
116. National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Infectious Agents – Reproductive Health [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/infectious.html>

117. National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Physical Job Demands– Reproductive Health [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/reproductive-health/prevention/physical-demands.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/physicaldemands.html
118. National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Work Schedule – Reproductive Health [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/reproductive-health/prevention/work-schedules.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/workschedule.html
119. National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Antineoplastic (Chemotherapy) Drugs – Reproductive Health [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/reproductive-health/prevention/antineoplastic.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/antineoplastic.html
120. Quinot C, Dumas O, Henneberger PK, Varraso R, Wiley AS, Speizer FE, et al. Development of a job-task-exposure matrix to assess occupational exposure to disinfectants among US nurses. *Occup Environ Med*. 2017;74(2):130–7.
121. Ojodu I, Ogunsemoyin A, Hopp S, Pohlemann T, Ige O, Akinola O. C-arm fluoroscopy in orthopaedic surgical practice. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2018 Dec;28(8):1563–8.
122. Kærlev L, Jacobsen LB, Olsen J, Bonde JP. Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees. *Scand J Public Health* [Internet]. 2004 Mar 1;32(2):111–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/14034940310017517>
123. Khojasteh F, Azizollah A, Boryri T, Safarzadeh A, Pourkahkhaei M. The Relationship between Maternal Employment Status and Pregnancy Outcomes. *Glob J Health Sci*. 2015 Dec 18;8:37.
124. Villar R, Benavides FG, Serra L, Serra C. Prestación por riesgo durante el embarazo e incapacidad temporal en una cohorte de trabajadoras del Parc de Salut Mar (Barcelona, España). *Gac Sanit*. 2019 Sep;33(5):455–61.
125. Xu G, Wu Y, Yang L, Yuan L, Guo H, Zhang F, et al. Risk factors for early miscarriage among Chinese: a hospital-based case-control study. *Fertil Steril* [Internet]. 2014;101(6):1663–70. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028214001514>
126. Behbehani S, Tulandi T. Obstetrical Complications in Pregnant Medical and Surgical Residents. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [Internet]. 2015;37(1):25–31. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216315303595>
127. Dagher RK, McGovern PM, Alexander BH, Dowd BE, Ukestad LK, McCaffrey DJ. The psychosocial work environment and maternal postpartum depression. *Int J Behav Med*. 2009;16(4):339–46.

128. Rocha FP, Saito CA, Outeiro Pinto TCN. Sickness absenteeism among health care workers in a public hospital in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Med Trab*. 2019;17(3):355–62.
129. Pinheiro APA, Rodrigues CR, Marcolino JM, Souza ALT de, Carvalho YR, Soares EA. Avaliação de teratógenos potenciais em grupo de gestantes assistidas em unidades do programa saúde da família. *Arq Ciência Saúde*. 2013;20(3):83–7.
130. Nanthakumar MP, Sood A, Ahmed M, Gupta J. Varicella Zoster in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 Mar;258:283–7.
131. Hamilton AR, Tyson MD, Braga JA, Lerner LB. Childbearing and pregnancy characteristics of female orthopaedic surgeons. *J Bone Joint Surg Am*. 2012 Jun;94(11):e77.
132. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. ONU; 1948 [citado 2023 ago 08]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
133. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, 1979. ONU; 1979 [citado 2023 ago 08]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-eliminacao-de-todas-formas-de-discriminacao-contra-mulheres>
134. Organização das Nações Unidas. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1966. ONU; 1966 [citado 2023 ago 08]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pacto-internacional-dos-direitos-econ%C3%B4micos-sociais-e-culturais>
135. Organização Internacional do Trabalho. Convenção n. 03 relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto (proteção à maternidade). Brasília: OIT, 1919.
136. Addati L, Cassirer N, Gilchrist K. Maternity and paternity at work: law and practice across the world. Geneva: International Labour Office; 2014. 204 p.
137. Oyewunmi A. The promotion of sexual equality and non-discrimination in the workplace: A Nigerian perspective. *International Journal of Discrimination and the Law* [Internet]. 2013;13(4):324–47. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84889018615&doi=10.1177%2F1358229113492901&partnerID=40&md5=a7248218f50790f56396fd0443e74d73>
138. Masood A, Nisar MA. Crushed between two stones: Competing institutional logics in the implementation of maternity leave policies in Pakistan. *Gend Work Organ* [Internet]. 2020;27(6):1103–26. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/gwao.12448>
139. Fourie L, Botes A. Disability discrimination in the South African workplace: The case of infertility. *International Journal of Human Rights* [Internet]. 2018;22(7):910–32. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85049575847&doi=10.1080%2F13642987.2018.1485657&partnerID=40&md5=ec8d31af8996b13bfb4a4b97224074c8>

140. UN General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: resolution adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://www.refworld.org/docid/45f973632.html>
141. World Health Organization. Infertility definitions and terminology [Internet]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
142. International Labor Organization. Convention No. 161 concerning occupational health services, 1985 [Internet]. Geneva: ILO, 1985. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312306
143. International Labor Organization. Convention No. 136 concerning protection against hazards of poisoning arising from benzene, 1971 [Internet]. Geneva: ILO, 1971. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312281
144. International Labor Organization. Convention No. 139 concerning Occupational Cancer, 1974 [Internet]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312284
145. International Labor Organization. Convention No. 115 concerning Radiation Protection, 1960 [Internet]. Geneva: ILO, 1960. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312260
146. Miraglia LMM. E56a Encontro Nacional do CONPEDI (19.: 2010: Fortaleza. CE). Anais do [Recurso eletrônico] XIX Encontro Nacional do CONPEDI. In: O direito do trabalho e a dignidade da pessoa humana – Pela necessidade de afirmação do trabalho digno como direito fundamental [Internet]. Florianópolis: Fundação Boiteux; 210AD [cited 2023 Jul 11]. p. 9038–47. Available from: <http://www.conpedi.org.br>
147. International Labor Organization. Recommendation No. 191 concerning Maternity Protection, 2000 [Internet]. Geneva: ILO, 2000. Available from: <http://www.ilo.org>
148. Organização Mundial de Saúde. Recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez [Internet]. Genebra: ONU; 2016 [citado 2023 jul 13]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>
149. World Health Organization. Global Health Observatory (n.d.). Antenatal care [Internet]. Geneva: WHO [cited 2023 jul 13]. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/>
150. Wakahara R. Aplicação dos limites de exposição ocupacional a agentes insalubres da ACGIH (American Conference of Governmental Industrial Hygienists) no direito brasileiro. Rev. do Trib. Reg. Trab. 10ª Região, Brasília, v. 24, n. 2, 2020. 2020.
151. Costa TF, Felli VEA. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2005 Aug [cited 2023 Jul 15];13(4):501–8. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400007&lng=pt&tlng=pt

152. Brasil. Lei n. 13.287, de 11 de maio de 2016. Acrescenta dispositivo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943, para proibir o trabalho da gestante ou lactante em atividades, operações ou locais insalubres. Diário Oficial da União. 2016.
153. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). NR 15 – Atividades e Operações Insalubres [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2019 [citado 2023 jan 15]. Disponível em: https://sit.trabalho.gov.br/portal/images/SST/SST_normas_regulamentadoras/NR-15-atualizada-2019.pdf.
154. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). NR 15 – Atividades e Operações Insalubres [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2022 [citado 2023 mar 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/ctpp/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-15-nr-15>
155. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria SSMT n. 12 de 12 de novembro de 1979. Aprova o Anexo 14, Agentes Biológicos da Norma Regulamentadora 15 - NR 15. Brasília: Ministério do Trabalho, 1979.
156. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005.
157. Brasil. Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n. 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Diário Oficial da União. 2017.
158. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI MC 5938. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. 30/04/2019. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI5938decisoliminarMin.AlexandredeMoraesem30.4.19.pdf>. Pág. 7-9. Acesso em: 18 jul. 2023.
159. World Health Organization. Guidelines on ethical issues in public health surveillance, 2017. Geneva: WHO, 2017.
160. Soteriades ES. A workplace modified duty program for employees in an oncology center. *Work*. 2017;56(1):157–64.
161. Hansen ML, Thulstrup AM, Juhl M, Kristensen JK, Ramlau-Hansen CH. Occupational exposures and sick leave during pregnancy: results from a Danish cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2015 Jul;41(4):397–406.
162. Kristensen P, Nordhagen R, Wergeland E, Bjerkedal T. Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Occup Environ Med*. 2008;65(8):560–6.

163. Abdulloeva S, Eyler AA. Policies on worksite lactation support within states and organizations. *J Womens Health* [Internet]. 2013;22(9):769–74. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84883675861&doi=10.1089%2Fjwh.2012.4186&partnerID=40&md5=e08ef304df8c74355795e5a3e0dac2b3>
164. Stumbitz B, Lewis S, Rouse J. Maternity Management in SMEs: A Transdisciplinary Review and Research Agenda. *International Journal of Management Reviews* [Internet]. 2018 Apr 1;20(2):500–22. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijmr.12143>
165. Probst I, Zellweger A, Politis Mercier MP, Danuser B, Krief P. Implementation, mechanisms and effects of maternity protection legislation: a realist narrative review of the literature. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2018;91(8):901–22. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1339-y>
166. Ravenswood K, Kennedy AM. From Unpaid Maternity Leave to Paid Parental Leave in New Zealand: Changing Approaches in Legislation. *Labour Hist*. 2012;(102):197–213.
167. Stumbitz B, Lewis S, Kyei AA, Lyon F. Maternity protection in formal and informal economy workplaces: The case of Ghana. *World Dev* [Internet]. 2018;110:373–84. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85048827283&doi=10.1016%2Fj.worlddev.2018.06.007&partnerID=40&md5=654448f54a9258c7837121ffd8fbd77c>
168. Solovieva TI, Dowler DL, Walls RT. Employer benefits from making workplace accommodations. *Disabil Health J*. 2011 Jan;4(1):39–45.
169. Ménage A, Pougnet L, Dewitte JD, Loddé B, Pougnet R. How junior doctors live their work during pregnancy? A qualitative study in France [Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine? Étude qualitative en France]. *Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie* [Internet]. 2019;47(12):846–53. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85074538799&doi=10.1016%2Fj.gofs.2019.10.009&partnerID=40&md5=e87f29d3f12376d02e44dabeff4a095c>
170. Gottenborg E, Maw A, Ngov LK, Burden M, Ponomaryova A, Jones CD. You can't have it all: The experience of academic hospitalists during pregnancy, parental leave, and return to work. *J Hosp Med* [Internet]. 2018;13(12):836–9. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85057546631&doi=10.12788%2Fjhm.3076&partnerID=40&md5=670937715979c77554fb55ec8957b882>
171. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n. 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial da União*. 2005.
172. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos da Criança. Adotada pela Resolução n. L. 44 (XLIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989. ONU, 1989.
173. Mao Z, Lin X, Tai X, Wang J. Breastfeeding supports for two-child professional women: A case study of Beijing, China. *Asian Women* [Internet]. 2018;34(2):111–

34. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85049393699&doi=10.14431%2Faw.2018.06.34.2.111&partnerID=40&md5=4671e04f5eae20248e7ff60f665feb99>
174. Hassan KH, Musa NC. Women's right to breastfeed in the workplace: Legal Lacunae in Malaysia. *Asian Women* [Internet]. 2014;30(2):85–108. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84935436189&partnerID=40&md5=2a92562fbe29afe5a796689f06d535b1>
175. Atabay E, Moreno G, Nandi A, Kranz G, Vincent I, Assi TM, et al. Facilitating working mothers' ability to breastfeed: Global trends in guaranteeing breastfeeding breaks at work, 1995-2014. *Journal of Human Lactation* [Internet]. 2015;31(1):81–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84920982860&doi=10.1177%2F0890334414554806&partnerID=40&md5=007befc4fdd08136c1b0de214296e028>
176. Aikawa T, Pavadhgul P, Chongsuwat R, Sawasdivorn S, Boonshuyar C. Maternal return to paid work and breastfeeding practices in Bangkok, Thailand. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):NP1253–62.
177. Chai Y, Nandi A, Heymann J. Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 lowincome and middle-income countries. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001032. doi:10.1136/ bmjgh-2018-001032No Title.
178. Kozhimannil KB, Jou J, Gjerdingen DK, McGovern PM. Access to Workplace Accommodations to Support Breastfeeding after Passage of the Affordable Care Act. *Womens Health Issues*. 2016;26(1):6–13.
179. Alhaji M, Sharbawi R, Kay A, Tuah N. Paid maternity leave extension and exclusive breastfeeding practice: Evidence from Brunei. *Asian biomedicine*. 2018 Dec 2;11:435–42.
180. Foubert P, Imamović Š. The pregnant workers directive: must do better: lessons to be learned from Strasbourg? *Journal of Social Welfare and Family Law* [Internet]. 2015;37(3):309–20. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84945217092&doi=10.1080%2F09649069.2015.1081221&partnerID=40&md5=6947d19fbf30fbe3cc2da87054153f1c>
181. International Labor Organization. Convention No. 102 concerning Social Security (Minimum Standards), 1952 [Internet]. Geneva: ILO, 1952 [cited 2023 Jul 22]. Available from: <http://www.ilo.org>
182. International Labor Organization. Recommendation No. 202 concerning Social Protection Floors, 2012 [Internet]. Geneva: ILO, 2012 [cited 2023 Jul 22]. Available from: <http://www.ilo.org>
183. Rowe-Finkbeiner K, Martin R, Abrams B, Zuccaro A, Dardari Y. Why Paid Family and Medical Leave Matters for the Future of America's Families, Businesses and Economy. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016;20:8–12. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84992365923&doi=10.1007%2Fs10995-016-2186-7&partnerID=40&md5=58bfd786a982a0a7c85d8addc52be81b>

184. Duffy S, van Esch P, Yousef M. Increasing parental leave uptake: A systems social marketing approach. *Australasian Marketing Journal* [Internet]. 2020;28(2):110–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85079513824&doi=10.1016%2Fj.ausmj.2020.01.007&partnerID=40&md5=410fc7ba9dc54696fce1c6a8e96092fd>
185. Pizzo LGP, Andrade SM de, Silva AMR, Melchior R, González AD. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. Vol. 23, *Saúde e Sociedade*. scielo; 2014. p. 908–18.
186. Ruhm C. Parental leave and child health. *J Health Econ* [Internet]. 2000;19(6):931–60. Available from: <https://econpapers.repec.org/RePEc:eee:jhecon:v:19:y:2000:i:6:p:931-960>
187. Nandi A, Hajizadeh M, Harper S, Koski A, Strumpf EC, Heymann J. Increased Duration of Paid Maternity Leave Lowers Infant Mortality in Low- and Middle-Income Countries: A Quasi-Experimental Study. *PLoS Med*. 2016 Mar;13(3):e1001985.
188. Lalive R, Schlosser A, Steinhauer A, Zweimüller J. Parental Leave and Mothers' Careers: The Relative Importance of Job Protection and Cash Benefits. *Rev Econ Stud*. 2014 Feb 8;81(1 (286)):219–65.
189. Siregar AYM, Pitriyan P, Walters D, Brown M, Phan LTH, Mathisen R. The financing need for expanded maternity protection in Indonesia. *Int Breastfeed J*. 2019;14(1).
190. Lott Y, Klenner C. Are the ideal worker and ideal parent norms about to change? The acceptance of part-time and parental leave at German workplaces. *Community Work Fam* [Internet]. 2018 Oct 20;21(5):564–80. Available from: <https://doi.org/10.1080/13668803.2018.1526775>
191. Caracciolo di Torella E. An emerging right to care in the EU: a “New Start to Support Work-Life Balance for Parents and Carers.” *ERA Forum* [Internet]. 2017;18(2):187–98. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12027-017-0477-0>
192. Fine LJ. Surveillance and occupational health. *Int J Occup Environ Health*. 1999 Jan-Mar;5(1):26–9. doi: 10.1179/oeh.1999.5.1.26. PMID: 10092744.
193. VIOSH Australia at the University of Ballarat. International review of surveillance and control of workplace exposures: NOHSAC Technical Report 5. Wellington: NOHSAC; 2006.
194. Watt AP, Brown M, Pathiraja M, Anbazhagan A, Coyle P V. The lack of routine surveillance of Parvovirus B19 infection in pregnancy prevents an accurate understanding of this regular cause of fetal loss and the risks posed by occupational exposure. *J Med Microbiol*. 2013 Jan;62(1):86–92.
195. Ryoo JJ, Lee KS, Koo JW. A Taxonomy of the Common Tasks and the Development of a Risk Index for Physical Load Assessment in Nursing Job. *Saf Health Work*. 2020;11(3):335–46.
196. d'Ettorre G, Caroli A, Pellicani V, Ceccarelli G. Preliminary risk assessment of workplace violence in hospital emergency departments. *Ann Ig*. 2020;32(2):99–108.

197. d'Ettorre G, Vullo A, Pellicani V, Ceccarelli G. Preliminary assessment of rotating shiftwork risk in a twenty-four hours hospital department. *Ann Ig*. 2018;30(4):297–306.
198. d'Ettorre G, Pellicani V. Preventing Shift Work Disorder in Shift Health-care Workers. *Saf Health Work*. 2020 Jun;11(2):244–7.
199. Jaromi M, Kukla A, Szilagyi B, Simon-Ugron A, Bobaly VK, Makai A, et al. Back School programme for nurses has reduced low back pain levels: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2018 Mar;27(5–6):E895–902.
200. Sezgin D, Esin MN. Effects of a precede-proceed model based ergonomic risk management programme to reduce musculoskeletal symptoms of ICU nurses. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2018;47:89–97. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85044744372&doi=10.1016%2Fj.iccn.2018.02.007&partnerID=40&md5=ae8ffa9a98be88e983af253165d547a5>
201. Goldberg L, Lockwood C, Garg B, Kuehl KS. Healthy Team Healthy U: a prospective validation of an evidence-based worksite health promotion and wellness platform. *Front Public Health*. 2015;3.
202. Steege LM, Pinekenstein BJ, Rainbow JG, Knudsen EA. Addressing occupational fatigue in nurses: current state of fatigue risk management in hospitals, part 2. *J Nurs Adm*. 2017;47(10):484-90.
203. Zadow AJ, Dollard MF, Mclinton SS, Lawrence P, Tuckey MR. Psychosocial safety climate, emotional exhaustion, and work injuries in healthcare workplaces. *Stress and Health* [Internet]. 2017;33(5):558–69. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85011333396&doi=10.1002%2Fsmi.2740&partnerID=40&md5=e01547850c7895949d148dc27938ce34>
204. Conte A, Quattrin R, Filiputti E, Cocconi R, Arnoldo L, Tricarico P, et al. Promotion of flu vaccination among healthcare workers in an Italian academic hospital: An experience with tailored web tools. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12(10):2628–33.
205. Moura MDR de, Castro MP de, Margotto PR, Rugolo LMS de S. Hipertensão arterial na gestação: importância do seguimento materno no desfecho neonatal. *Comunic Ciênc Saúde*. 2011;22(1):113-20.
206. Saliba-Júnior OA, Rollo HA, Saliba O, Sobreira ML. Percepção positiva e eficácia das meias de compressão na prevenção de edema em membros inferiores de gestantes. *J Vasc Bras* [Internet]. 2022 Jan 31 [cited 2024 Apr 23];21:e20210101. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492022000100301&tlng=pt
207. Lucian R. Repensando o uso da escala Likert: tradição ou escolha técnica? *PMKT Rev Bras Pesq Marketing Opinião Mídia*. 2016 abr 1;18:13-32.
208. Sarkozy A, De Potter T, Heidebuchel H, Ernst S, Kosiuk J, Vano E, et al. Occupational radiation exposure in the electrophysiology laboratory with a focus on personnel with reproductive potential and during pregnancy: A European Heart Rhythm Association (EHRA) consensus document endorsed by the Heart Rhythm

- Society (HRS). EP Europace [Internet]. 2017 Dec 1;19(12):1909–22. Available from: <https://doi.org/10.1093/europace/eux252>
209. International Labor Organization. Convention No. 156 concerning Workers with Family Responsibilities, 1981. Convention concerning equality of opportunity and treatment for men and women workers: workers with family responsibilities [Internet]. Geneva: ILO, 1881 [cited 2023 Mar 02]. Available from: <http://www.ilo.org>
210. World Health Organization. Protection of health and safety of health workers: checklist for health care facilities. Geneva: WHO; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Protocolo da revisão de escopo

Protocolo da revisão de escopo para descrever o estado da arte sobre trabalho e proteção da maternidade nos setores hospitalares de assistência direta à saúde

Soraya Wingester Vasconcelos (ORCID 0000-0003-2137-1591)¹, Elizabeth Costa Dias (ORCID 0000-0003-1708-1014)², Alexandra Matias (ORCID 0000-0002-2967-5365)³.

¹ Departamento de Minas/Aluna do Programa Doutoral em Segurança e Saúde no Trabalho, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 4200-465 Porto, Portugal. Contato: sorayawingester@gmail.com.

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Departamento de Obstetria e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Hospital de S. João, Universidade do Porto, 4200-465 Porto, Portugal.

Introdução

As transformações sociais e econômicas em todo o mundo têm favorecido um aumento significativo da presença feminina no mercado de trabalho¹ e têm influenciado as expectativas de trabalho, família e lazer das mulheres.

Alguns fatores como maior escolaridade, participação no mercado de trabalho, desejo de famílias menores e acesso à tecnologia de reprodução assistida contribuem para a idade materna avançada, acima de 35 anos de idade⁵. Portanto, há que se ter políticas que se adaptem ao declínio contínuo da fecundidade, que sustentem e melhorem a saúde reprodutiva das mulheres e protejam a maternidade enquanto direito humano fundamental³⁻⁵.

Em 2013, mais de 70% da força de trabalho do Setor Social e da Saúde era feminina, destacando-o como fonte essencial de emprego para as mulheres^{6,7}. As exposições ocupacionais em ambientes de trabalho hospitalares podem representar riscos à saúde^{6,8}. Anestésicos inalatórios, radiação ionizante, agentes anticancerígenos e vírus representam riscos para a saúde sexual e reprodutiva, inclusive com aumento de anomalias congênitas^{6,8,9}. Outros riscos são a mobilização de cargas, posturas inadequadas e fatores de risco psicossociais relacionados à organização do trabalho^{9,10}.

As trabalhadoras gestantes estão sujeitas às complicações comuns da gravidez, como náuseas e vômitos, sangramento vaginal, depressão e infecções do trato urinário e ginecológicas¹¹. Quanto às complicações relacionadas ao trabalho durante a gravidez, há evidências científicas da relação entre trabalho e aborto espontâneo, ameaça de aborto, parto prematuro, anomalias fetais e retardo do crescimento intrauterino em profissionais de saúde¹⁵. As doenças hipertensivas da gravidez, o adoecimento no dia seguinte ao turno de trabalho e o risco de aborto em trabalhadoras hospitalares estão relacionados ao trabalho noturno. Embora haja incerteza sobre as evidências de pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional, é prudente desaconselhar longas jornadas de trabalho e trabalho físico pesado, especialmente no final da gravidez^{17,61}.

Em 12 países europeus, os motivos mais comuns para licença médica foram complicações na gravidez, dor no pescoço, costas ou cintura pélvica e náuseas e vômitos²³. Em outros estudos, as trabalhadoras grávidas permaneceram ativas durante dois terços da gravidez. As faltas foram principalmente por auxílio-doença, devido às complicações não relacionadas ao trabalho, seguido do risco-benefício durante a gravidez no caso de trabalhadoras altamente expostas a fatores de risco ocupacional^{24,25}.

As adequações no ambiente de trabalho e o maior controle das gestantes sobre seu trabalho têm sido fatores associados ao menor risco e menor duração das licenças para tratamento de saúde durante a gravidez²⁵. Entretanto, como o trabalho muitas vezes não é ajustado à gravidez e à amamentação, muitas trabalhadoras procuram minimizar ou esconder os efeitos da gravidez no desempenho laboral²⁹.

Objetivo

O propósito deste estudo é levantar a produção de conhecimentos e práticas, nos níveis nacional e internacional, para auxiliar na proposição de medidas de proteção da maternidade e do trabalho em setores hospitalares de assistência direta à saúde.

Perguntas de pesquisa

Para a formulação das perguntas do estudo, utilizou-se a estratégia *Population, Concept and Context* (PCC) para *scoping review*: P- trabalhadores da assistência direta à saúde; C- proteção da maternidade e do trabalho; e C- unidade hospitalar.

1. Quais são as evidências sobre a exposição a riscos e quais os fatores de risco ocupacionais, desfechos e impactos na saúde reprodutiva das trabalhadoras da assistência à saúde do setor hospitalar?
2. Quais são as normativas jurídicas e técnicas mais atuais em Segurança e Saúde no Trabalho, que contemplem a proteção da maternidade e do trabalho, no setor hospitalar?
3. O que a literatura aponta como boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar?

Busca de evidências

Nesta revisão, o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁴² será utilizado no processo de busca e seleção dos estudos, bem como na apresentação e discussão dos resultados. Os métodos de revisão de escopo são úteis quando os temas são complexos ou possuem literatura heterogênea, sendo necessário extrair os dados para mapeá-los. Além disso, as revisões de escopo podem resumir um campo, identificar lacunas para pesquisas futuras e orientar projetos²¹¹.

Fontes de informação

As seguintes bases de dados bibliográficas serão pesquisadas para identificar estudos potencialmente elegíveis: Scopus, PubMed, Web of Science, e Lilacs por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também, será considerada a literatura cinza^{46,47}, principalmente, para o levantamento de normas jurídicas e técnicas, e boas práticas de proteção da maternidade no contexto do trabalho hospitalar. Se necessário, revistas especializadas em Segurança e Saúde do Trabalho, Medicina do Trabalho e revistas das categorias profissionais da saúde serão pesquisadas para aumentar o número de artigos, utilizando-se os mesmos termos de busca no título, resumo ou no corpo do texto.

Seleção de estudos

Critérios de elegibilidade a serem aplicados:

- Nas bases de dados e revistas especializadas: artigos científicos em inglês, português e espanhol, revisados por pares e publicados em revistas acadêmicas no período de 2010 a 2022.
- Nas fontes de literatura cinza: produções do período de 2010 a 2022, em inglês, português e espanhol, publicadas na web ou que sejam de fácil acesso e recuperação.

Critérios de inclusão:

- Serão considerados estudos observacionais, qualitativos, de intervenção e de melhoria da qualidade.
- A população do estudo deverá ser composta por profissionais de saúde em idade fértil ou gestantes, incluindo aquelas em formação na área, das diversas categorias profissionais de assistência à saúde nos setores hospitalares.
- Os dados informados devem ser sobre: condições de trabalho, trabalhadora grávida no setor hospitalar, intercorrências comuns durante a gravidez, desfechos sobre a saúde reprodutiva por exposições a riscos ocupacionais, e boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho nos ambientes de trabalho hospitalares.

Critérios de exclusão:

- Artigos e produções (literatura cinza) que não se enquadram no quadro conceitual do estudo baseado na estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) para *scoping review*: P- trabalhadores da assistência direta à saúde; C- proteção da maternidade e do trabalho; e C- unidade hospitalar.
- Artigos sobre ensaios em animais, práticas não ocupacionais, atendimento ao paciente.

A busca

Uma estratégia preliminar de busca será desenvolvida em uma das bases de dados, usando-se palavras relacionadas ao assunto do estudo para ajudar a definir as palavras-chave, suas combinações, os operadores booleanos e truncamento a serem utilizados. As bases de dados escolhidas serão submetidas ao mesmo processo de pesquisa. Outras estratégias para aumentar o número de citações serão a busca em revistas especializadas em saúde e segurança do trabalho, medicina do trabalho e revistas das categorias profissionais da saúde, e a técnica de *Snowballing*, a partir dos artigos selecionados e das produções na literatura cinza.

Todas as citações identificadas serão importadas para o JabRef 5.1, gerenciador de referências bibliográficas, por meio de arquivos *BibTex* gerados nas bases de dados.

Extração dos dados

De acordo com o objetivo da revisão, uma planilha Excel será desenvolvida de forma independente para determinar quais variáveis extrair dos artigos incluídos, e será continuamente atualizada durante a leitura e pelas semelhanças e temas comuns encontrados nos artigos. Com esta ferramenta, buscar-se-á capturar informações relevantes sobre as principais características de cada estudo e sobre o tema, de forma a corroborar as respostas às perguntas da revisão:

- Características do artigo ou produção (por exemplo, autores, ano, título, país de origem e periódico).
- Características dos estudos ou produção (por exemplo, tipo de estudo, assunto da pesquisa; objetivos/questões da pesquisa; metodologia e principais conclusões).
- Temas definidos para discussão dos resultados (por exemplo, exposições a riscos e fatores de risco ocupacionais, desfechos e impactos na saúde reprodutiva das trabalhadoras da assistência à saúde do setor hospitalar; as normativas jurídicas e técnicas em Segurança e Saúde no Trabalho, que contemplem a proteção da maternidade e do trabalho, no setor hospitalar; e boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar).

Sumarização dos resultados

A princípio, a apresentação dos resultados e discussão será feita sob a seguinte forma temática: “Riscos ocupacionais, doenças e agravos relacionados à saúde reprodutiva”; “Normativas técnico-jurídicas de proteção da maternidade e do trabalho”; e “Boas práticas de proteção da maternidade e do trabalho no setor hospitalar”.

Referências

1. Lansky M. Women, Gender and Work (Vol. 2): Social choices and inequalities. 2017.
2. Berger BO, Wolfson C, Reid LD, Strobino DM. Adverse Birth Outcomes Among Women of Advanced Maternal Age With and Without Health Conditions in Maryland. *Women’s Health Issues* [Internet]. 2021 Jan 1;31(1):40–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.08.008>
3. Vollset S, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith A, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 2020 Jul 1;396.
4. Lewis S, Stumbitz B, Miles L, Rouse J. Maternity protection in SMEs. An international review. 2014.
5. ILO. Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services, Geneva, 24–28 April 2017, ILO Office, Sec. Pol. Dep., Geneva, ILO, 2017.
6. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K CJ. Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries. Working paper 1. Geneva; 2019. (WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
7. Suarez-Varela, MM.; Kaerlev, L.; Zhu, JL.; Bonde, JP.; Nohr, EA.; Llopis-Gonzalez A.; Olsen J. Hospital work and pregnancy outcomes: a study in the Danish National Birth Cohort. *Int J Occup Environ Health* [Internet]. 2009;14(4):402–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1179/oeh.2009.15.4.402>
8. Teixeira, Maria de Lurdes; Sacadura-Leite E. Riscos para a Reprodução de Profissionais de Saúde: Destaque para a Trabalhadora Grávida e Lactante. In: *Diário de Bordo Editores*, editor. *Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais*. 1a. Lisboa; 2018. p. 547–72.
9. Dement, John M.; Pompeii, Lisa A.; Østbye, Truls; Epling, Carol; Lipscomb, Hester J.; James, Tamara; Jacobs, Michael J.; Jackson, George; and Thomann W. An Integrated Comprehensive Occupational Surveillance System for Health Care Workers. *Am J Ind Med*. 2004;45:528–538.

10. Varela PLR, Oliveira RR de, Melo EC, Mathias TA de F. Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;25:e2949.
11. Park C, Kang MY, Kim D, Park J, Eom H, Kim EA. Adverse pregnancy outcomes in healthcare workers: a Korean nationwide population-based study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2017 Aug;90(6):501–6.
12. Palmer KT, Bonzini M, Harris EC, Linaker C, Bonde JP. Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. *Occup Environ Med* [Internet]. 2013 Apr 1;70(4):213 LP – 222. Available from: <http://oem.bmj.com/content/70/4/213.abstract>
13. Bonzini, M., Coggon, D., & Palmer, K. T. (2007). Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*, 64(4), 228–243. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.occupenmed.a013441>
14. Truong BT, Lupattelli A, Kristensen P, Nordeng H. Sick leave and medication use in pregnancy: a European web-based study. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(8). Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e014934>
15. Villar R, Benavides FG, Serra L, Serra C. Occupational risk during pregnancy and sick leave in a cohort of workers from Parc de Salut Mar (Barcelona, Spain) [Prestación por riesgo durante el embarazo e incapacidad temporal en una cohorte de trabajadoras del Parc de Salut Mar (Barcelona, España)]. *Gac Sanit* [Internet]. 2019;33(5):455–61. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85048504272&doi=10.1016%2Fj.gaceta.2018.03.003&partnerID=40&md5=cfc24be45a521426079cb6a25f2303d2>
16. Villar R, Serra L, Serra C, Benavides FG. Working conditions and absence from work during pregnancy in a cohort of healthcare workers. *Occup Environ Med*. 2019;76(4):236–42.
17. Russell, Helen; Banks J. Pregnancy and employment: a literature review. Published by HSE Crisis Pregnancy Programme and the Equality Authority Dublin, Ireland [Internet]. 2011; Available from: <http://hdl.handle.net/10147/143537>
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 Sep 4;169(7):467–73. Available from: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
19. Pham MT, Rajić A, Greig JD, et al. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods* 2014;5:371–85.
20. VIGHNESH, D. Grey literature and their sources. *Cochrane Blog*, 27 May 2021. Disponível em: <https://s4be.cochrane.org/blog/2021/05/07/grey-literature-and-their-sources/> Acesso em: 12 dez. 2022.
21. DUDZIAK, Elisabeth. O que é literatura cinzenta? *AGUIA Blog*, 16 ago. 2021. Disponível em: <https://www.aguia.usp.br/noticias/o-que-e-literatura-cinzenta/> Acesso em: 12 dez. 2022.

APÊNDICE B - Memória de busca* na Scopus de artigos potencialmente elegíveis

Critérios de seleção: período (2012-2022), tipo de documento (artigo, tese, <i>proceedings</i> , artigo conferência), tipo de fonte (<i>journal</i> , tese), idioma (inglês, português e espanhol) Operadores booleanos (AND, OR) Pesquisar dentro de: Título do artigo – Resumo – Palavras-chave (TITLE-ABS-KEY)		
KW- Combinação de palavras-chave		Busca de citações
1 KW	(Healthcare workers or hospital care personnel) AND pregnancy AND (occupational risk OR occupational disease)	TITLE-ABS-KEY ((healthcare AND workers OR hospital AND care AND personnel) AND pregnancy AND (occupational AND risk OR occupational AND disease)) AND PUBYEAR > 2011 AND PUBYEAR < 2023 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, "j")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))
2 KW	occupational AND (health OR risk OR diseases) AND (pregnant healthcare workers)	TITLE-ABS-KEY (occupational AND (health OR risk OR diseases) AND (pregnant AND healthcare AND workers)) AND PUBYEAR > 2011 AND PUBYEAR < 2023 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "cp")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, "j")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))
3 KW	maternity protection AND labour policies	(TITLE-ABSKEY (maternity AND protection) AND TITLE-ABS KEY (labour AND policies)) AND PUBYEAR > 2011 AND PUBYEAR < 2023 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT TO (SRCTYPE, "j")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))
4 KW	hospital workplace AND maternity policies	(TITLE-ABS-KEY (hospital AND workplaces) AND TITLE-ABS-KEY (maternity AND policies)) AND PUBYEAR > 2011 AND PUBYEAR < 2023 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "ch")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, "j")) OR LIMIT-TO (SRCTYPE, "b")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English"))
5 KW	"hospital occupational health" OR "pregnant healthcare workers"	TITLE-ABS-KEY ("hospital occupational health" OR "pregnant healthcare workers") AND PUBYEAR > 2011 AND PUBYEAR < 2023 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "cp")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, "j")) OR LIMIT-TO (SRCTYPE, "p")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))
6 KW	surveillance practices AND hospital occupational health OR "pregnant health care workers"	(TITLE-ABS-KEY (surveillance AND practices) AND TITLE-ABS-KEY (hospital AND occupational AND health) OR TITLE-ABS-KEY ("pregnant health care workers")) AND PUBYEAR > 2011 AND PUBYEAR < 2023 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "cp")) OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "bk")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, "j")) OR LIMIT-TO (SRCTYPE, "b")) OR LIMIT-TO (SRCTYPE, "p")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish")) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese"))

Nota: * A estratégia de busca utilizada na base de dados SCOPUS foi aplicada à BVS e Web of Science.

APÊNDICE C - Distribuição das citações importadas para o JabRef, a serem avaliadas para elegibilidade, por pergunta do estudo, combinação de palavras-chave, banco de dados e duplicidade.

Perguntas	KW	Total a ser importado	Duplicidades removidas pelo JabRef	Total importado sem duplicidades	Duplicidades removidas manualmente por ano, autor e idioma	Total com remoção manual de duplicidades
Pergunta 1	1KW - SCOPUS	28	0	28	0	28
	1KW - WofS	32	7	25	0	25
	1KW - BVS	53	16	37	0	37
	1KW – BVS português	1	1	0	0	0
	2KW - SCOPUS	35	14	21	0	21
	2KW - WofS	21	19	2	1	1
	2KW - BVS	62	39	23	0	23
	2KW – BVS português	9	0	9	0	9
Total		241	96	145	1	144
Pergunta 2	3KW - SCOPUS	36	0	36	0	36
	3KW - WofS	25	17	8	0	8
	3KW - BVS	14	4	10	1	9
	3KW – BVS português	1	0	1	0	1
	4KW - SCOPUS	24	2	22	0	22
	4KW - WofS	18	14	4	1	3
	4KW - BVS	19	9	10	0	10
	4KW – BVS português	6	0	6	1	5
Total		143	46	97	3	94
Pergunta 3	5KW - SCOPUS	25	3	22	1	21
	5KW - WofS	11	9	2	0	2
	5KW - BVS	1125	43	1082	14	1068
	5KW – BVS português	30	6	24	0	24
	6KW - SCOPUS	88	16	72	2	70
	6KW - WofS	40	25	15	0	15
	6KW - BVS	0	0	0	0	0
	6KW – BVS português	0	0	0	0	0
Total		1319	102	1217	17	1200
Total Geral		1703	244	1459	21	1438

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Hospital A

Título do Estudo: “Proteção à Maternidade no Contexto do Trabalho Hospitalar. Um contributo para melhoria das relações entre trabalho e maternidade”.

Pesquisador Responsável: Elizabeth Costa Dias

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“PROTEÇÃO À MATERNIDADE NO CONTEXTO DO TRABALHO HOSPITALAR”

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um estudo. A proposta deste TCLE é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. Por favor, leia o TCLE com atenção e calma. Se você não quiser participar, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. O questionário será aplicado através de um formulário eletrônico (Google Forms) e a análise dos dados coletados será conduzida pela pesquisadora, Soraya W. Vasconcelos, doutoranda em Segurança e Saúde Ocupacionais pela Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

Justificativa e objetivos:

O trabalho, embora muito importante para a mulher, pode trazer perigos a sua saúde, e a do feto ou bebê. Portanto, é preciso uma abordagem cuidadosa da exposição aos riscos ocupacionais a que ela está exposta, e que não se restrinja à discussão de se afastar ou não do trabalho. É preciso também levar em conta como a trabalhadora da saúde percebe os riscos e fatores de riscos a que está exposta no ambiente de trabalho, para que a comunicação e o gerenciamento dos riscos sejam efetivos, protegendo, assim, a saúde tanto da trabalhadora que pretende engravidar, da grávida e lactante, como a do feto ou bebê.

Além disso, é preciso compreender melhor como o trabalho interfere na maternidade e como esta interfere nas atividades produtivas da mulher para que se possa formular políticas e medidas de proteção à maternidade nos ambientes de trabalho, que contemplem os papéis sociais femininos de reprodução humana e produção laboral.

O objetivo desta pesquisa é avaliar as relações entre condições de trabalho e maternidade, considerando os aspectos da atividade laboral sobre a reprodução humana, em trabalhadoras em idade fértil e da área de assistência hospitalar, para se propor medidas de proteção à saúde e à maternidade.

Procedimentos:

Você, ao aceitar participar da pesquisa, via formulário do Google Forms, deverá:

1. Eletronicamente, concordar em participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE. É importante que você guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, para tanto, faça o download clicando no link fornecido no item: Marque "Sim" para confirmar que entendeu que, se quiser, poderá baixar o TCLE em formato PDF.
2. Responder ao questionário on-line no momento e local de sua preferência. O nosso desejo e expectativa são de que você responda a todas as perguntas, por serem muito importantes para o estudo. Contudo, não é obrigatório responder a todas elas, se assim o desejar. Este questionário contém perguntas sobre você, seus hábitos, sua história de trabalho, e sobre suas percepções quanto aos riscos ocupacionais no seu ambiente de trabalho, e de como a maternidade pode interferir em suas atividades produtivas (profissionais) e vice-versa. O tempo previsto para responder o questionário é de 10 minutos.

Desconfortos e riscos:

Ao preencher o questionário, você poderá se sentir desconfortável com algumas questões que podem lhe trazer lembranças ruins. Se isso acontecer, você poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade. O risco da pesquisa é mínimo por envolver apenas a resposta ao questionário online. Parte deste risco tem a ver com o ambiente virtual ou meios eletrônicos, devido às limitações da tecnologia utilizada e dos pesquisadores em assegurar totalmente a não violação dos dados. Portanto, para diminuir as chances de violação e assegurar a confidencialidade dos dados, não será possível rastrear o questionário e as respostas obtidas serão imediatamente removidas do Google Forms e armazenadas em local adequado, logo após o período de aplicação do questionário.

Benefícios:

Contribuirá para o conhecimento geral sobre o assunto, possibilitando à pesquisadora propor medidas de proteção à saúde das trabalhadoras e à maternidade, nos ambientes de trabalho considerados no estudo.

Participação na pesquisa:

É totalmente voluntária. Você, como voluntária, pode se recusar a participar ou parar de responder o questionário a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo no seu trabalho.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo porque não serão solicitados o seu nome e sobrenome, e nem a inserção de seu endereço de e-mail ao responder o questionário. Após você nos retornar o questionário respondido, não será possível rastrear ou identificar o questionário enviado a você e, consequentemente, não será possível excluir suas respostas. Nenhuma informação do questionário será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores e o conteúdo da pesquisa ficará sob sigilo e guarda do pesquisador responsável. As informações oferecidas somente serão utilizadas para a pesquisa e produção de textos técnicos e científicos. Caso você sofra algum tipo de dano, decorrente da pesquisa, o mesmo poderá ser ressarcido na extensão do dano comprovadamente causado.

Ressarcimento:

A participação da pesquisa é voluntária e, se você aceitar, receberá apenas o agradecimento da equipe, não havendo nenhum pagamento de qualquer natureza.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá contactar a doutoranda Soraya W. Vasconcelos. E-mail: sorayawingester@gmail.com. Endereço: Alameda Catânia 148, Pituba, Salvador, BA. CEP: 41830-490. Tel.: (71) 99712-1735.

Contatos dos Comitês de Ética em Pesquisa, em caso de dúvidas éticas: COEP-UFMG, AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha, BH, MG, CEP 31270-901. Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala 2005. Horário: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00, telefone (031) 3409-4592; e o CEP-HUPES/UFBA, Rua Augusto Viana, s/n.º, 1º andar, Canela, Salvador, BA, Cep: 40.110-060. Horário: segunda a sexta, das 8h às 12h30, telefone (71) 3283-8043.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, declaro que concordo em participar da pesquisa.

Ao responder "Sim", você concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE.

Responsabilidade do pesquisador:

Eu, Elizabeth Costa Dias, asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração e obtenção desse TCLE, e ter explicado e fornecido uma via ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelos CEP onde o projeto foi submetido. Utilizarei os dados obtidos exclusivamente para as finalidades previstas nesse TCLE, conforme consentimento do participante.

Assinatura e carimbo do investigador Data: 28/06/2023

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Hospital B

Título do Estudo: “Proteção à Maternidade no Contexto do Trabalho Hospitalar. Um contributo para melhoria das relações entre trabalho e maternidade”.

Pesquisador Responsável: Renata Lopes Britto

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“PROTEÇÃO À MATERNIDADE NO CONTEXTO DO TRABALHO HOSPITALAR”

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um estudo. A proposta deste TCLE é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. Por favor, leia o TCLE com atenção e calma. Se você não quiser participar, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. O questionário será aplicado através de um formulário eletrônico (Google Forms) e a análise dos dados coletados será conduzida pela pesquisadora, Soraya W. Vasconcelos, doutoranda em Segurança e Saúde Ocupacionais pela Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

Justificativa e objetivos:

O trabalho, embora muito importante para a mulher, pode trazer perigos a sua saúde, e a do feto ou bebê. Portanto, é preciso uma abordagem cuidadosa da exposição aos riscos ocupacionais a que ela está exposta, e que não se restrinja à discussão de se afastar ou não do trabalho. É preciso também levar em conta como a trabalhadora da saúde percebe os riscos e fatores de riscos a que está exposta no ambiente de trabalho, para que a comunicação e o gerenciamento dos riscos sejam efetivos, protegendo, assim, a saúde tanto da trabalhadora que pretende engravidar, da grávida e lactante, como a do feto ou bebê.

Além disso, é preciso compreender melhor como o trabalho interfere na maternidade e como esta interfere nas atividades produtivas da mulher para que se possa formular políticas e medidas de proteção à maternidade nos ambientes de trabalho, que contemplem os papéis sociais femininos de reprodução humana e produção laboral.

O objetivo desta pesquisa é avaliar as relações entre condições de trabalho e maternidade, considerando os aspectos da atividade laboral sobre a reprodução humana, em trabalhadoras em idade fértil e da área de assistência hospitalar, para se propor medidas de proteção à saúde e à maternidade.

Procedimentos:

Você, ao aceitar participar da pesquisa, via formulário do Google Forms, deverá:

1. Eletronicamente, concordar em participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE. É importante que você guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, para tanto, faça o download clicando no link fornecido no ítem: Marque "Sim" para confirmar que entendeu que, se quiser, poderá baixar o TCLE em formato PDF.
2. Responder ao questionário on-line no momento e local de sua preferência. O nosso desejo e expectativa são de que você responda a todas as perguntas, por serem muito importantes para o estudo. Contudo, não é obrigatório responder a todas elas, se assim o desejar. Este questionário contém perguntas sobre você, seus hábitos, sua história de trabalho, e sobre suas percepções quanto aos riscos ocupacionais no seu ambiente de trabalho, e de como a maternidade pode interferir em suas atividades produtivas (profissionais) e vice-versa. O tempo previsto para responder o questionário é de 10 minutos.

Desconfortos e riscos:

Ao preencher o questionário, você poderá se sentir desconfortável com algumas questões que podem lhe trazer lembranças ruins. Se isso acontecer, você poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade. O risco da pesquisa é mínimo por envolver apenas a resposta ao questionário online. Parte deste risco tem a ver com o ambiente virtual ou meios eletrônicos, devido às limitações da tecnologia utilizada e dos pesquisadores em assegurar totalmente a não violação dos dados. Portanto, para diminuir as chances de violação e assegurar a confidencialidade dos dados, não será possível rastrear o questionário e as respostas obtidas serão imediatamente removidas do Google Forms e armazenadas em local adequado, logo após o período de aplicação do questionário.

Benefícios:

Contribuirá para o conhecimento geral sobre o assunto, possibilitando à pesquisadora propor medidas de proteção à saúde das trabalhadoras e à maternidade, nos ambientes de trabalho considerados no estudo.

Participação na pesquisa:

É totalmente voluntária. Você, como voluntária, pode se recusar a participar ou parar de responder o questionário a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo no seu trabalho.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo porque não serão solicitados o seu nome e sobrenome, e nem a inserção de seu endereço de e-mail ao responder o questionário. Após você nos retornar o questionário respondido, não será possível rastrear ou identificar o questionário enviado a você e, consequentemente, não será possível excluir suas respostas. Nenhuma informação do questionário será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores e o conteúdo da pesquisa ficará sob sigilo e guarda do pesquisador responsável. As informações oferecidas somente serão utilizadas para a pesquisa e produção de textos técnicos e científicos. Caso você sofra algum tipo de dano, decorrente da pesquisa, o mesmo poderá ser ressarcido na extensão do dano comprovadamente causado.

Ressarcimento:

A participação da pesquisa é voluntária e, se você aceitar, receberá apenas o agradecimento da equipe, não havendo nenhum pagamento de qualquer natureza.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Dra. Renata Lopes Britto, pelo telefone 71 3646-3492, endereço - R. Dr. Augusto Viana, s/n - Canela, Salvador - BA, 40110-060. Hospital das clínicas, Ginecologia, 4o andar, ala 4D, e/ou pelo e-mail renata.britto@ebserh.gov.br. Também poderá contactar a pesquisadora, Soraya W. Vasconcelos pelo telefone (71) 99712-1735, endereço - Alameda Catânia 148, Pituba, Salvador, BA. CEP: 41830-490 e/ou pelo e-mail: sorayawingester@gmail.com.

Os seguintes comitês de ética poderão ser contactados, em caso de dúvidas éticas e para outras informações sobre a pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) situado na AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901. Unidade Administrativa II - 2o Andar - Sala 2005. Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00. Telefone: (031) 3409-4592. Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (CEP-HUPES) - Universidade Federal da Bahia. Rua Augusto Viana, s/nº, 1o andar, Canela - Salvador - Bahia - Cep: 40.110-060. Horário de atendimento: de segunda a sexta, das 8h às 12h30. Telefone: (71) 3646-3450. E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, declaro que concordo em participar da pesquisa. Ao responder "Sim", você concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE.

Responsabilidade do pesquisador:

Eu, Renata Lopes Britto, asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração e obtenção desse TCLE, e ter explicado e fornecido uma via ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelos CEP onde o projeto foi submetido. Utilizarei os dados obtidos exclusivamente para as finalidades previstas nesse TCLE, conforme consentimento do participante.

Assinatura e carimbo do investigador Data: 28/07/2023

APÊNDICE F - Síntese da análise das perguntas da Seção 8, em acordo com a escala Likert, por semelhança ou não entre as perguntas, dissimilaridade entre as perguntas e *clusters*, e por necessidade de alteração ou exclusão

Cluster	Perguntas $\cong$ ou $\neq$ entre si	Similaridade nas respostas	Argumentação	Manter sem alteração, manter com alteração ou excluir
Q10 Q11	$\neq$	Este é o <i>cluster</i> com menor dissimilaridade entre as respostas - maior similaridade encontrada.	Embora as afirmativas estejam dentro do mesmo tema (8.3), são diferentes e têm objetivos diferentes.	Manter sem alteração.
Q4 Q5	$\cong$	Este é o 2º <i>cluster</i> com menor dissimilaridade.	As afirmativas estão dentro do mesmo tema (8.2) e são semelhantes entre si, sendo possível a fusão das duas.	Manter com alteração: 8.2 Situações no trabalho que limitam as expectativas e oportunidades profissionais da trabalhadora gestante ou mãe: [Ser excluída da tomada de decisões ou de novos projetos, não ser considerada para cargos de chefia ou para progressão na carreira, após o anúncio da gravidez, por ser mãe ou ter usufruído da Licença Maternidade são formas de discriminação que limitam as expectativas profissionais.].
Q3 Q8 Q15	$\neq$	Este é o 3º <i>cluster</i> com menor dissimilaridade.	As afirmativas estão em temas diferentes (8.1; 8.3 e 8.4) e são diferentes e têm objetivos diferentes.	Manter sem alteração.
Q2 Q7 Q14 Q9	$\neq$	4º <i>cluster</i> com menor dissimilaridade.	Duas afirmativas estão em temas diferentes (8.1 e 8.4) e 2 no mesmo tema (8.3). Contudo, são diferentes e têm objetivos diferentes.	Manter sem alteração.
Q6	$\neq$	O <i>cluster</i> Q6 é o 5º com menor dissimilaridade e tem alguma similaridade com o <i>cluster</i> (Q2; Q7; Q14 e Q9).	A Q6 e Q7 estão em temas diferentes (8.2 e 8.3) e são diferentes. Q6 e Q2 são diferentes no tema e nos objetivos (Q2/8.1 – motivação a permanência no trabalho; Q6/8.2 – limitação às expectativas e oportunidades profissionais). Contudo as afirmativas se complementam uma vez que se a empresa impuser o afastamento, isso compromete a permanência da gestante no trabalho, o que pode impactar negativamente sua carreira. Q6 e Q9 estão em temas diferentes (8.2 e 8.3) e são diferentes.	Manter sem alteração.
Q1	$\neq$	O <i>cluster</i> Q1 é o 6º com menor dissimilaridade e tem alguma similaridade com o <i>cluster</i> (Q4; Q5).	Q4 e Q5 estão no mesmo tema (8.2) e Q6 no 8.1. Embora Q4 e Q5 sejam semelhantes entre si, diferem de Q1.	Q1 será mantida sem alteração. Q4 e Q5 serão mantidas com alteração.

APÊNDICE G - Perguntas cujas respostas não se enquadravam nos requisitos da escala Likert por redação e respostas originais, e nova redação

Perguntas	Redação original	Respostas originais	Nova redação	Novas respostas
Q12	Qual o seu nível de conhecimento sobre a legislação de Saúde e Segurança no Trabalho, com relação à proteção da maternidade, que se aplica ao setor onde trabalha?	• Extremamente bem-informada • Muito bem-informada • Moderadamente informada • Pouco informada • Nem um pouco informada	Sobre a legislação de Saúde e Segurança no Trabalho, com relação à proteção da maternidade, que se aplica ao setor onde trabalha, pode-se dizer que você tem conhecimento suficiente.	• Concordo totalmente • Concordo • Não concordo, nem discordo • Discordo • Discordo totalmente
Q13	Qual o seu nível de conhecimento sobre as medidas de proteção da maternidade instituídas no local onde você trabalha? Ex.: possibilidade de ajuste da jornada e dos ambientes de trabalho, reatribuição de atividades, afastamento em caso de alta exposição etc.	• Extremamente bem-informada • Muito bem-informada • Moderadamente informada • Pouco informada • Nem um pouco informada	Sobre as medidas de proteção da maternidade instituídas em seu local de trabalho, pode-se dizer que você tem conhecimento suficiente. Ex.: possibilidade de ajuste da jornada e dos ambientes de trabalho, reatribuição de atividades, afastamento em caso de alta exposição etc.	• Concordo totalmente • Concordo • Não concordo, nem discordo • Discordo • Discordo totalmente
Q16	Qual o seu nível de preocupação com os possíveis impactos negativos dos riscos ocupacionais na sua saúde reprodutiva?	• Preocupação extrema • Muita preocupação • Preocupação moderada • Pouca preocupação • Nenhuma preocupação	Sobre os possíveis impactos negativos dos riscos ocupacionais na sua saúde reprodutiva, pode-se dizer que você tem muita preocupação.	• Concordo totalmente • Concordo • Não concordo, nem discordo • Discordo • Discordo totalmente
Q17	Qual é o seu nível de preocupação com os possíveis impactos negativos na sua carreira profissional resultantes das relações entre trabalho e maternidade?	• Preocupação extrema • Muita preocupação • Preocupação moderada • Pouca preocupação • Nenhuma preocupação	Sobre os possíveis impactos negativos na sua carreira profissional resultantes das relações entre trabalho e maternidade, pode-se dizer que você tem muita preocupação.	• Concordo totalmente • Concordo • Não concordo, nem discordo • Discordo • Discordo totalmente

APÊNDICE H - Avaliação do questionário por perguntas a partir das respostas obtidas e vice-versa, com proposição de melhoria na redação, complementação, exclusão e redirecionamento conforme a resposta. Perguntas das seções 1 a 7

Problemas encontrados	O que fazer a partir das respostas obtidas?	Nova redação da pergunta	Nova redação das respostas
Erro de redirecionamento conforme resposta			
3.2 Você recebeu orientações sobre cuidados e restrições, na situação de trabalho, por parte do obstetra?	Redirecionar para a pergunta nº 26		“Não” – Pular para a pergunta nº 26
Compreensão deficiente			
2.3 Você já sofreu aborto? Que tipo e quantos?	Resposta incompleta das respondentes	2.3 Você já sofreu aborto espontâneo e/ou provocado? Quantos?	
3.7 Você teve alguma queixa de saúde relacionada ao trabalho durante a gestação? 3.7.1 Se for o caso, qual(is) queixa(s) de saúde?	3.7.1 Se for o caso, qual(is) queixa(s) de saúde? Ser escalada para plantão noturno em pleno centro cirúrgico. Enfatizar a queixa em negrito	3.7 Você teve alguma queixa de saúde relacionada ao trabalho durante a gestação? 3.7.1 Se for o caso, qual(is) queixa(s) de saúde relacionada(s) ao trabalho?	
Necessidade de complementação das respostas e/ou melhorar a redação da pergunta			
3.5 Quais foram as recomendações ou restrições médicas? 3.5.1 Se for o caso, especifique a(s) outra(s) recomendação(ões) ou restrição(ões) médica(s):	3.5.1 Se for o caso, especifique a(s) outra(s) recomendação(ões) ou restrição(ões) médica(s): • Evitar pesos, estresses, evitar ambientes tóxicos • Diminuir a carga de trabalho • Nenhuma restrição • Uso de elevador e disponibilidade de estacionamento perto da unidade de trabalho para evitar esforço físico • Repouso • Evitar pegar peso • Não realizar atividade que demande esforço físico Inserir nas respostas uma opção que contemple os itens acima	3.5 Quais foram as recomendações ou restrições médicas a serem seguidas no seu trabalho? 3.5.1 Se for o caso, especifique a(s) outra(s) recomendação(ões) ou restrição(ões) médica(s) a serem seguidas no seu trabalho:	3.5 • Afastamento total do trabalho, por licença médica, devido à exposição ocupacional • Permanecer na mesma atividade/tarefa, mas com diminuição da carga de trabalho, esforço físico e stress, durante a gestação ou amamentação • Realocação para outras atividades sem riscos para a gestação ou durante a amamentação • Outra(s)
3.6 Em caso de recomendações ou licença médica para afastamento da atividade, você conseguiu cumprir?		3.6 Em caso de recomendações ou licença médica para afastamento da atividade, você conseguiu cumprir totalmente?	
5.4 Jornada diária de trabalho (de segunda a sexta) ou jornada de trabalho em dias variáveis (sob escala diurna e noturna). Marque o	Algumas profissionais trabalham diariamente, além de dar plantão no mesmo hospital	5.4 Jornada diária de trabalho (de segunda a sexta) ou jornada de trabalho em dias variáveis (sob escala diurna e noturna). Marque o que representa sua rotina de trabalho somente no HUPES.	• Diurno - 4 horas/dia • Diurno - 6 horas/dia • Diurno - 8 horas/dia • Plantão Dia - 06 horas

Problemas encontrados	O que fazer a partir das respostas obtidas?	Nova redação da pergunta	Nova redação das respostas
que representa sua rotina de trabalho no HUPES.	Complementar as respostas e melhorar a redação da pergunta	OBS: Pode marcar mais de 1 opção.	• Plantão Dia - 12 horas • Plantão Noite - 12 horas • Dia/noite - 24 horas
7. Desfechos ou ocorrências fortemente relacionados à exposição aos fatores de risco em seu ambiente de trabalho ou em suas atividades. Pode marcar mais de um. 7.1 Ocorrências e resultados relacionados à gestante e ao feto:	Complementar as respostas e melhorar a redação da pergunta	7. Desfechos ou ocorrências fortemente relacionados à exposição aos fatores de risco em seu ambiente de trabalho ou em suas atividades. Pode marcar mais de um. 7.1 Ocorrências e resultados que podem acontecer devido às exposições ocupacionais e que são relacionados à gestante e ao feto:	• Aborto espontâneo • Ameaça de aborto • Parto pré-termo • Anomalias fetais (cromossômicas) • Retardo de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer • Distúrbios hipertensivos da gravidez/pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional • Não sei responder • Nenhum
7.2 Intensificação de ocorrências comuns na gravidez:	Edema MMII Complementar as respostas e melhorar a redação da pergunta	7.2 Ocorrências que são comuns na gravidez e que podem ser intensificadas devido ao processo de trabalho ou à atividade:	• Sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho • Dor no pescoço, costas ou cintura pélvica • Náuseas e vômitos • Ansiedade • Depressão • Sangramento vaginal • Infecções do trato urinário e ginecológicas • Edema de membros inferiores • Não sei responder • Nenhuma • Outra(s)
Necessidade de reinserir com nova redação e itemização			
6. Riscos e fatores de risco percebidos ou identificados no seu local de trabalho 6.1 Exposição a fatores de risco biológicos 6.1.1 Tipo ou via de exposição: 6.1.2 Material orgânico a que se expõe mais frequentemente: 6.1.2.1 Se for o caso, especifique o(s) outro(s) material(ais) orgânicos:	Inserir com nova redação e itemização	6. Riscos e fatores de risco percebidos ou identificados no seu local de trabalho 6.1 Marque as opções que correspondem aos riscos biológicos, físicos e químicos que estão presentes no seu processo de trabalho 6.1.1 Riscos biológicos por exposição a:	6.1.1 Riscos biológicos por exposição a: • Sangue • Líquido amniótico • Líquor • Fluido com sangue • Líquido pleural • Soro/plasma • Líquido ascítico • Secreções (pus, muco vaginal) • Fezes (excremento) e urina (excreta) • Sem exposição

Problemas encontrados	O que fazer a partir das respostas obtidas?	Nova redação da pergunta	Nova redação das respostas
6.1.3 Material perfurocortante que você utiliza em sua prática profissional: 6.1.3.1 Se for o caso, especifique o(s) outro(s) material(ais) perfurocortante(s): 6.2 Exposição a riscos físicos 6.2.1 Ruído: 6.2.2 Calor: 6.2.3 Radiações ionizantes: 6.3 Exposição a agentes químicos: 6.3.1 Gases anestésicos 6.3.2 Drogas antineoplásicas: 6.3.3 Formaldeído/Formol: 6.3.4 Desinfetantes e esterilizantes: 6.3.5 Outros agentes químicos:	Inserir com nova redação e itemização Inserir com nova redação e itemização	6.1.2 Risco físico por exposição às radiações ionizantes? 6.1.3 Riscos químicos por exposição a:	• Sim • Não • Drogas antineoplásicas • Formaldeído/formol • Desinfetantes e esterilizantes • Sem exposição
6.4 Exposição a fatores de riscos biomecânicos e de acidentes 6.4.1 Esforço físico:	Inserir com nova redação e itemização	6.2 Exposição a fatores de riscos biomecânicos e de acidentes 6.2.1 Esforço físico:	• Levantamento de objetos pesados e procedimentos com pacientes • Posturas extremas ou nocivas • Longos períodos em pé • Longos períodos sentada • Flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada • Demanda recorrente de subir e descer escada • Nenhuma exposição
6.4.2 Fatores predisponentes a acidentes: Relacionados ao arranjo físico, mobiliário, equipamentos e condições de conforto.	Inserir com nova redação e itemização	6.2.2 Fatores predisponentes a acidentes relacionados ao arranjo físico, mobiliário, equipamentos e condições de conforto:	• Ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos • Mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada • Iluminação inadequada • Piso escorregadio ou com irregularidades • Condições térmicas: calor e frio • Nenhuma exposição
6.1.4 Sobre o Equipamento de Proteção Individual (EPI), em caso de risco biológico, marque as opções que condizem com a sua realidade no trabalho (disponibilidade, qualidade e uso):	Inserir com nova redação e itemização Inserir pergunta sobre Equipamento de Proteção Coletiva (sistema de ventilação e câmara de pressão negativa)	6.3 Sobre a proteção contra os riscos no ambiente de trabalho, marque as opções que condizem com a sua realidade: 6.3.1 Marque os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) que você entende necessários no local onde trabalha e como são disponibilizados:	6.3.1 • Kits de primeiros socorros • Extintores de incêndio • Caixa de perfurocortantes • Autoclaves • Dispensador automático autoclavável

Problemas encontrados	O que fazer a partir das respostas obtidas?	Nova redação da pergunta	Nova redação das respostas
		6.3.2 Sobre o Equipamento de Proteção Individual (EPI), em caso de risco biológico, químico, físico e biomecânico, marque as opções, quanto à disponibilidade, qualidade e uso, que condizem com a sua realidade no trabalho:	• Chuveiros para lavagem de botas e aventais • Câmaras e antecâmaras de pressão negativa para descontaminação (salas com sistema de renovação do ar) • Não há disponibilização de EPC • Todos os EPC necessários onde trabalho são disponibilizados • Nem todos os EPC são disponibilizados • Não sei responder 6.3.2 • Não há disponibilização de EPI • Sim, é disponibilizado em quantidade e qualidade adequadas • Sim, é disponibilizado em quantidade e qualidade insuficientes • Uso ocasionalmente • Uso sempre • Não uso • Não sei responder
6.5 Exposição a fatores psicossociais: Pode marcar mais de uma resposta	Inserir com nova redação e itemização	6.4 Fatores de risco psicossociais 6.4.1 Marque os fatores psicossociais que reconhece em seu ambiente de trabalho:	• Trabalho em turno noturno • Trabalho em rodízio de turnos • Jornada de trabalho prolongada • Múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais • Controle rígido de produtividade • Ritmos excessivos ou intensidade de trabalho • Monotonia e repetitividade • Exigências exageradas de produtividade • Gestão demasiadamente burocrática • Relações interpessoais difíceis no trabalho • Gestão não imparcial de pessoas e do trabalho • Desrespeito às atribuições da carreira • Assédio moral por estar grávida ou a amamentar (bullying ou importunações).

Problemas encontrados	O que fazer a partir das respostas obtidas?	Nova redação da pergunta	Nova redação das respostas
Necessidade de exclusão sem nova inserção			
3.6.1 Se for o caso, explique porque você cumpriu parcialmente:	Excluir		
5.7 Recebe adicional de periculosidade?	Excluir		
6.3.2.1 Se exposta a drogas antineoplásicas, em qual(is) fase(s)? Especifique se na fase de preparação, fase de administração e/ou fase de descarte	Excluir		
6.6.1 Violência física por parte de: 6.6.2 Violência verbal por parte de: 6.6.3 Assédio e importunação sexual por parte de:	Excluir		
6.7 Exposição a outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico: 6.7.1 Se exposta a outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico especifique:	O que apareceu de novo foi colocado nas opções de respostas da pergunta 6.5 Exposição a fatores psicossociais Excluir		
6.4.2.1 Se exposta a outro(s) fator(es) predisponente(s) a acidentes, especificar:	0% de resposta Excluir		
6.6.3 Assédio e importunação sexual por parte de:	Quase 100% de não exposição Exclusão		

APÊNDICE I - Avaliação final do questionário com melhoria na redação, complementação, exclusão. Perguntas das seções 1 a 7.

Perguntas	Exclusão ou junção	Nova redação e/ou reposicionamento das perguntas	Nova redação das respostas
1.5 Situação vacinal	Exclusão		
2.1 Gravidez			• Estou grávida – 1ª gestação • Estou grávida e já engravidei anteriormente • Não estou grávida, mas já engravidei • Nunca engravidei
2.3 Você já sofreu aborto espontâneo e/ou provocado? Quantos?			Inversão das colunas e linhas sem alteração do conteúdo
2.4 Se já deu à luz, que tipo(s) de parto(s) e quantos já teve			Inversão das colunas e linhas sem alteração do conteúdo
3.3 Você comunicou ao empregador essas recomendações ou restrições?		3.5 Você comunicou ao empregador ou chefia essas recomendações ou restrições?	• Não comuniquei • Sim. Comuniquei e o empregador ou chefia não acatou • Sim. Comuniquei e o empregador ou chefia acatou totalmente • Sim. Comuniquei e o empregador ou chefia acatou parcialmente
3.3.1 Se for o caso, por que você não comunicou ao empregador as recomendações ou restrições médicas?	Exclusão		
3.4 O empregador acatou essas recomendações ou restrições?	Exclusão e junção com a 3.3	3.5 Você comunicou ao empregador ou chefia essas recomendações ou restrições?	• Não comuniquei • Sim. Comuniquei e o empregador ou chefia não acatou • Sim. Comuniquei e o empregador ou chefia acatou totalmente • Sim. Comuniquei e o empregador ou chefia acatou parcialmente
3.4.1 Se for o caso, explique porque ele aceitou parcialmente	Exclusão		
3.5 Quais foram as recomendações ou restrições médicas a serem seguidas no seu trabalho?		A pergunta foi dividida em duas: recomendações durante a gestação e durante a amamentação 3.3 Quais foram as recomendações ou restrições médicas a serem seguidas no seu trabalho, durante a gestação?	• Afastamento total do trabalho, por licença médica, devido à exposição ocupacional • Permanecer na mesma atividade/tarefa, mas com diminuição da carga de trabalho, esforço físico e stress, durante a gestação

Perguntas	Exclusão ou junção	Nova redação e/ou reposicionamento das perguntas	Nova redação das respostas
			• Realocação para outras atividades sem riscos para a gestação • Outra(s)
Nova pergunta		3.4 Quais foram as recomendações quanto à amamentação, no seu local de trabalho, você recebeu de seu médico e/ou pediatra?	• Conversar com o empregador ou com o responsável pela segurança no local de trabalho sobre maneiras de reduzir ou eliminar a exposição a produtos químicos nocivos que podem entrar no leite materno • Usar equipamentos de proteção individual (EPI) específicos e certificar se as luvas, roupas de proteção, respirador ou outro EPI são adequados para você e para o produto químico • Realocação para outras atividades sem riscos para o bebê ou alteração das funções de trabalho, durante a amamentação • Evitar levar produtos químicos do local de trabalho para casa. Os produtos químicos podem entrar em casa pela pele, cabelo, roupas ou sapatos. • Nenhuma • Outra(s)
Nova pergunta		3.4.1 Se for o caso, especifique a(s) outra(s) orientações recebidas sobre amamentação no trabalho:	
3.6 Em caso de recomendações ou licença médica para afastamento da atividade, você conseguiu cumprir totalmente?	Exclusão		
4.1 Uso de álcool	Exclusão		
4.2 Você é fumante?	Exclusão		
4.3 Uso de substâncias psicoativas/drogas ilícitas	Exclusão		
4.4 Atividades físicas 4.4.1 Se você faz atividades físicas, especifique qual(is) e quantos dias/semana:	Exclusão		
5.1 Setor onde trabalha:			Mudei a ordem das respostas para facilitar a visualização
5.5 Função atual e atividades exercidas	Exclusão		
5.6 Recebe adicional de insalubridade?	Exclusão		

Perguntas	Exclusão ou junção	Nova redação e/ou reposicionamento das perguntas	Nova redação das respostas
6.1 Marque as opções que correspondem aos riscos biológicos, físicos e químicos que estão presentes no seu processo de trabalho (Enunciado)		5.1 Marque as opções que correspondem aos riscos biológicos, físicos e químicos que você identifica em seu processo de trabalho	
6.1.3 Riscos químicos por exposição a:		5.1.3 Riscos químicos por exposição a:	• Drogas antineoplásicas • Formaldeído/formol • Desinfetantes e esterilizantes • Produtos químicos radioativos usados em radioterapia (iodo - 131) • Sem exposição
6.3.1 Marque os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) que você entende necessários no local onde trabalha e como são disponibilizados:	Exclusão		
6.3.2 sobre o Equipamento de Proteção Individual (EPI), em caso de risco biológico, químico, físico e biomecânico, marque as opções, quanto à disponibilidade, qualidade e uso, que condizem com a sua realidade no trabalho:	Exclusão		
6.4.1 Marque os fatores psicossociais que reconhece em seu ambiente de trabalho:		5.3.1 Marque os fatores psicossociais que reconhece em seu ambiente de trabalho:	• Trabalho em turno noturno • Trabalho em rodízio de turnos • Jornada de trabalho prolongada • Múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais • Controle rígido de produtividade • Ritmos excessivos ou intensidade de trabalho • Monotonia e repetitividade • Exigências exageradas de produtividade • Gestão demasiadamente burocrática • Relações interpessoais difíceis no trabalho • Gestão não imparcial de pessoas e do trabalho

Perguntas	Exclusão ou junção	Nova redação e/ou reposicionamento das perguntas	Nova redação das respostas
			• Desrespeito às atribuições da carreira • Assédio moral por estar grávida ou a amamentar (bullying ou importunações) • Nenhum • Não sei responder
7. desfechos ou ocorrências fortemente relacionados à exposição aos fatores de risco em seu ambiente de trabalho ou em suas atividades. (Enunciado)		6. Agravos à saúde da gestante, do feto ou bebê, relacionados à exposição aos fatores de risco no ambiente de trabalho ou nas atividades	
7.1 ocorrências e resultados que podem acontecer devido às exposições ocupacionais, e que são relacionados à gestante e ao feto:		6.1 O que você acha que pode acontecer à gestante e ao feto devido às exposições a riscos relacionados ao seu ambiente de trabalho (pode marcar mais de uma opção):	
7.2 Ocorrências que são comuns na gravidez e que podem ser intensificadas devido ao processo de trabalho ou à atividade:		6.2 O que você acha que pode ser intensificado, durante uma possível gravidez, devido ao tipo de trabalho ou atividade que você faz (pode marcar mais de uma opção):	
7.2.1 Se for o caso, especifique as outras ocorrências comuns na gravidez	Exclusão		
8. Relações entre maternidade e trabalho. (Enunciado) A partir de agora, como resposta, você marcará o seu nível de concordância com cada afirmativa apresentada. São questões gerais sobre maternidade e trabalho. Quando estiverem relacionadas ao seu contexto de trabalho hospitalar, será indicado.		7. Relações entre maternidade e trabalho Marque o seu nível de concordância com as afirmativas	

Perguntas	Exclusão ou junção	Nova redação e/ou reposicionamento das perguntas	Nova redação das respostas
8.1 Razões que motivam a gestante a permanecer no trabalho após a descoberta da gravidez: (a última afirmativa foi inserida em outra pergunta) - A imposição do afastamento do trabalho como única opção em caso de gravidez.	Exclusão		
8.3 As afirmativas a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho:		7.1 As situações a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho: • A imposição do afastamento do trabalho como única opção em caso de gravidez. • O desrespeito à Licença Maternidade. • A falta de sistema de apoio no trabalho, ao retornar da Licença Maternidade, como creche e local adequado para amamentação, bombeamento e armazenamento de leite materno. • Falta de arranjos alternativos de trabalho, e pouca ou nenhuma flexibilidade de carga horária de trabalho ou para tirar férias. • As múltiplas jornadas de trabalho e vínculos, às vezes necessárias e muito comuns na área da saúde. • A necessidade de levar trabalho para casa.	7.1 As situações a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entre maternidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho: • Afastamento do trabalho como única opção em caso de gravidez. • Desrespeito à Licença Maternidade. • Falta de sistema de apoio no trabalho, ao retornar da Licença Maternidade (creche e local adequado para amamentação, bombeamento e armazenamento de leite materno). • Falta de arranjos alternativos de trabalho e flexibilidade de carga horária de trabalho ou para tirar férias. • Múltiplas jornadas de trabalho e vários vínculos, muito comuns na área da saúde. • A necessidade de levar trabalho para casa.
8.4 Sobre a proteção da maternidade no setor hospitalar onde você trabalha:	Exclusão da afirmativa por que já está contemplada em outra: No seu setor de trabalho, quando a trabalhadora engravida ou se torna mãe, o desempenho dela passa a ser mal avaliado.	7.2 Sobre a proteção da maternidade no setor hospitalar onde você trabalha: • Você tem conhecimento suficiente sobre a legislação de Saúde e Segurança que se aplica à proteção da maternidade no ambiente de trabalho. • Você tem conhecimento suficiente sobre as medidas de proteção da maternidade instituídas em seu local de trabalho. • Você percebe que, no seu ambiente de trabalho, há discriminação em relação ao trabalho da profissional grávida ou mãe, por parte dos colegas ou chefias. • Você se preocupa com os possíveis impactos negativos em sua saúde reprodutiva, por exposição a riscos ocupacionais. • Você se preocupa com possíveis impactos negativos na sua carreira profissional por querer ou já vivenciar a maternidade.	

APÊNDICE J - Versão final do questionário

QUESTIONÁRIO

Percepção dos riscos ocupacionais e das relações entre trabalho e maternidade, no contexto hospitalar

1. Dados gerais

4. 1.1 Idade em anos:

Marcar apenas uma oval.

☐ 18 a 24

☐ 25 a 31

☐ 32 a 38

☐ 39 a 45

5. 1.2 Raça – Cor:

Marcar apenas uma oval.

☐ Branca

☐ Preta

☐ Amarela

☐ Parda

☐ Indígena

☐ Não declarada

6. 1.3 Qual o seu estado civil?

Marcar apenas uma oval.

☐ Casada

☐ União estável

☐ Divorciada

☐ Solteira

☐ Viúva

7. 1.4 Tempo de trabalho na atividade hospitalar:

Marcar apenas uma oval.

☐ Menos de 1 ano

☐ 1 a 2 anos

☐ 3 a 4 anos

☐ 5 ou mais anos

2. Dados sobre gravidez/gestação

8. 2.1 Gravidez:

Observação: conforme sua resposta, você será redirecionada para outra seção. Portanto, é importante que você responda para evitar que passe por perguntas não relacionadas a sua resposta.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Estou grávida - 1ª gestação *Pular para a pergunta 11*
- ☐ Estou grávida e já engravidei anteriormente *Pular para a pergunta 10*
- ☐ Não estou grávida, mas já engravidei *Pular para a pergunta 10*
- ☐ Nunca engravidei *Pular para a pergunta 9*

9. 2.1.1 Se ainda não engravidou, você pretende ter filho(s)?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não *Pular para a pergunta 26*
- ☐ Sim *Pular para a pergunta 26 Talvez*
- ☐ Talvez *Pular para a pergunta 26*

10. 2.1.2 Quantas gestações anteriores?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1 *Pular para a pergunta 12*
- ☐ 2 *Pular para a pergunta 12*
- ☐ 3 ou mais *Pular para a pergunta 12*

11. 2.2 Você sofreu ameaça de aborto?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

Pular para a pergunta 15

12. 2.2.1 Você já sofreu **ameaça de aborto**? Se sim, quantos?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca sofri ameaça de aborto
- ☐ 1 ameaça de aborto
- ☐ 2 ameaças de aborto

☐ 2 ou mais ameaças de aborto

13. 2.3 Você já sofreu **aborto espontâneo e/ou provocado**? Quantos?

Marque todas que se aplicam.

	Aborto espontâneo	Aborto provocado
Nunca	☐	☐
1 aborto	☐	☐
2 abortos	☐	☐
3 ou mais abortos	☐	☐

14. 2.4 Se já deu à luz, que tipo(s) de parto(s) e quantos você já teve?

	Parto prematuro - antes da 37 ^a semana	Parto a termo - entre a 37 ^a e a 42 ^a semanas	Parto após a 42 ^a semana
1 parto	☐	☐	☐
2 partos	☐	☐	☐
3 ou mais partos	☐	☐	☐

3. Orientações médicas recebidas em situação atual ou anterior de gravidez e amamentação

15. 3.1 Durante o pré-natal, o seu médico perguntou sobre sua ocupação?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

16. 3.2 Você recebeu orientações sobre cuidados e restrições, na situação de trabalho, por parte do obstetra?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

17. 3.3 Quais foram as recomendações ou restrições médicas a serem seguidas no seu trabalho, durante a gestação?

Marcar apenas uma oval.

☐ Afastamento total do trabalho, por licença médica, devido à exposição ocupacional

☐ Permanecer na mesma atividade/tarefa, mas com diminuição da carga de trabalho, esforço físico e stress, durante a gestação

☐ Realocação para outras atividades sem riscos para a gestação

Outra(s)

18. 3.3.1 Se for o caso, especifique a(s) outra(s) recomendação(ões) ou restrição(ões) a serem seguidas no seu trabalho:

19. 3.4 Quais foram as recomendações quanto à amamentação, no seu local de trabalho, você recebeu de seu médico e/ou pediatra?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Conversar com o empregador ou com o responsável pela segurança no local de trabalho sobre maneiras de reduzir ou eliminar a exposição a produtos químicos nocivos que podem entrar no leite materno
- ☐ Usar equipamentos de proteção individual (EPI) específicos e certificar se as luvas, roupas de proteção, respirador ou outro EPI são adequados para você e para o produto químico
- ☐ Realocação para outras atividades sem riscos para o bebê ou alteração das funções de trabalho, durante a amamentação
- ☐ Evitar levar produtos químicos do local de trabalho para casa. Os produtos químicos podem entrar em casa em pela pele, cabelo, roupas ou sapatos.
- ☐ Nenhuma
- ☐ Outra(s)

20. 3.4.1 Se for o caso, especifique a(s) outra(s) orientações recebidas sobre amamentação no trabalho:

21. 3.5 Você comunicou ao empregador ou chefia essas recomendações ou restrições médicas relacionadas à gestação e à amamentação? E ele(a) as acatou?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não comuniquei
- ☐ Sim. Comuniquei e o empregador ou chefia não acatou
- ☐ Sim. Comuniquei e o empregador ou chefia acatou totalmente
- ☐ Sim. Comuniquei e empregador ou chefia acatou parcialmente

22. 3.6 Você teve alguma **queixa de saúde relacionada ao trabalho** durante a gestação?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

23. 3.6.1 Se for o caso, qual(is) queixa(s) de saúde relacionada(s) ao trabalho?

24. 3.7 Você teve que se afastar do trabalho devido a complicações relacionadas à gestação?

Somente complicação não relacionada ao trabalho.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

25. 3.7.1 Se for o caso, o porquê e por quanto tempo você teve que se afastar do trabalho devido à complicação relacionada à gestação?

4. Trabalho

26. 4.1 Setor onde trabalha:

Selecione o setor no qual a unidade onde você trabalha está inserida

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Setor Ambulatorial: Ambulatórios; Centro Referência Imunobiológicos Especiais; SAC (Radiologia, Endoscopia Digestiva); Serviços (Médico Universitário, Anestesia, Hemodinâmica, Oftalmologia); Unidades (Dialise e Transplante Renal, Cérvicofacial, Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Atenção à Saúde da Mulher, Atenção Psicossocial, Centro cirúrgico, Cirurgia Geral, Clínica Médica, RPA e anestesiologia, Sistema Cardiovascular, Sistema Digestivo, Sistema Respiratório, Sistema Urinário, Intervencionista Cardiovascular, Neuro musculoesquelético, Clínica Médica 2 + Derma + Reumatismo (2a), Hemoterapia, Oftalmologia 2-c, Pequenos Lactentes-CPPHO, Metabólica-CPPHO), outros.
- ☐ Setor de Urgência: Unidade de referência de agudos (foi considerada como de urgência para fins do estudo)
- ☐ Setor de Terapia Intensiva: Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos - Adulto
- ☐ Setor de Oncologia: Unidade de Onco-hematologia

27. 4.2 Categoria Profissional:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Auxiliar de Enfermagem
☐ Técnica de Enfermagem
☐ Enfermeira
☐ Médica

28. 4.3 Tipo de Vínculo/Situação atual no mercado de trabalho:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Servidor público estatutário (contratado pela universidade e regido pelo RJU)
☐ Empregado público (contratado pela EBSEH e regido pela CLT)

29. 4.4 Jornada diária de trabalho (de segunda a sexta) ou jornada de trabalho em dias variáveis (sob escala diurna e noturna). Marque o que representa sua rotina de trabalho somente no HUPES. Pode marcar mais de 1 opção.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Diurno - 4 horas/dia
☐ Diurno - 6 horas/dia

- ☐ Diurno - 8 horas/dia
- ☐ Plantão Dia - 06 horas
- ☐ Plantão Dia - 12 horas
- ☐ Plantão Noite - 12 horas
- ☐ Dia/noite – 24 horas

5. Riscos e fatores de risco percebidos ou identificados no seu local de trabalho

Pode marcar mais de uma opção em cada item.

5.1 Marque as opções que correspondem aos riscos biológicos, físicos e químicos que você identifica em seu processo de trabalho

30. 5.1.1 Riscos biológicos por exposição a:

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Sangue
- ☐ Líquido amniótico
- ☐ Líquor
- ☐ Fluido com sangue
- ☐ Líquido pleural
- ☐ Soro/plasma
- ☐ Líquido ascítico
- ☐ Secreções (pus, muco vaginal, cultura de orofaringe)
- ☐ Fezes e urina
- ☐ Sem exposição

31. 5.1.2 Risco físico por exposição às radiações ionizantes?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

32. 5.1.3 Riscos químicos por exposição a:

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Drogas antineoplásicas Formaldeído/formol
- ☐ Desinfetantes e esterilizantes
- ☐ Produtos químicos radioativos usados em radioterapia (iodo - 131)
- ☐ Sem exposição

5.2 Exposição a fatores de riscos biomecânicos e de acidentes

33. 5.2.1 Esforço físico:

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Levantamento de objetos pesados e procedimentos com pacientes
- ☐ Posturas extremas ou nocivas
- ☐ Longos períodos em pé
- ☐ Longos períodos sentada

- ☐ Flexão de coluna prolongada/exigência de postura inadequada
- ☐ Demanda recorrente de subir e descer escada
- ☐ Nenhuma exposição

34. 5.2.2 Fatores predisponentes a acidentes relacionados ao arranjo físico, mobiliário, equipamentos e condições de conforto. *Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Ferramentas ou instrumentais inadequados ou defeituosos
- ☐ Mobiliários inadequados e/ou disposição inadequada
- ☐ Iluminação inadequada
- ☐ Piso escorregadio ou com irregularidades
- ☐ Condições térmicas: calor e frio
- ☐ Nenhuma exposição

5.3 Exposição a fatores de risco psicossociais

35. 5.3.1 Marque os fatores psicossociais que reconhece em seu ambiente de trabalho:
Marque todas que se aplicam.

- ☐ Trabalho em turno noturno
- ☐ Trabalho em rodízio de turnos
- ☐ Jornada de trabalho prolongada
- ☐ Múltiplas jornadas de trabalho/vínculos profissionais
- ☐ Controle rígido de produtividade
- ☐ Ritmos excessivos ou intensidade de trabalho
- ☐ Monotonia e repetitividade
- ☐ Exigências exageradas de produtividade
- ☐ Gestão demasiadamente burocrática
- ☐ Relações interpessoais difíceis no trabalho
- ☐ Gestão não imparcial de pessoas e do trabalho
- ☐ Desrespeito às atribuições da carreira
- ☐ Assédio moral por estar grávida ou a amamentar (*bullying* ou importunações)
- ☐ Nenhum
- ☐ Não sei responder

6. Agravos à saúde da gestante, do feto ou bebê, relacionados à exposição aos fatores de risco no ambiente de trabalho ou nas atividades

36. 6.1 O que você acha que pode acontecer à gestante e ao feto devido às exposições a riscos relacionados ao seu ambiente de trabalho (pode marcar mais de uma opção): *Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Aborto espontâneo
- ☐ Ameaça de aborto
- ☐ Parto prematuro
- ☐ Anomalias fetais (cromossômicas)
- ☐ Retardo de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer
- ☐ Distúrbios hipertensivos da gravidez/pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional

- ☐ Nenhuma das opções acima
- ☐ Não sei responder
- ☐ Outra(s)

37 6.2 O que você acha que pode ser intensificado, durante uma possível gravidez, devido ao tipo de trabalho ou atividade que você faz (pode marcar mais de uma opção):

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Sentir-se excessivamente cansada no dia seguinte ao turno de trabalho
- ☐ Dor no pescoço, costas ou cintura pélvica
- ☐ Náuseas e vômitos
- ☐ Ansiedade
- ☐ Depressão
- ☐ Sangramento vaginal
- ☐ Infecções do trato urinário e ginecológicas
- ☐ Edema de membros inferiores
- ☐ Nenhuma das opções acima
- ☐ Não sei responder
- ☐ Outra(s)

7. Relações entre maternidade e trabalho. Marque o seu nível de concordância com as afirmativas

38. 7.1 As situações a seguir representam dificuldades para o equilíbrio entrematernidade (gravidez e criação de filhos) e trabalho:

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
A imposição do afastamento do trabalho como única opção em caso de gravidez.	☐	☐	☐	☐	☐
O desrespeito à Licença Maternidade	☐	☐	☐	☐	☐
A falta de apoio no trabalho, ao retornar da Licença Maternidade, como creche, local adequado para amamentação, ordenha e armazenamento de leite materno	☐	☐	☐	☐	☐

Falta de arranjos
alternativos de
trabalho, pouca
flexibilidade de
carga horária de
trabalho ou parra
tirar férias.

☐
☐
☐
☐
☐

As múltiplas
jornadas de
trabalho e
vínculos, muito
comuns na área
da saúde
Levar trabalho parra
casa

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

39. 7.2 Sobre a proteção da maternidade no setor hospitalar onde você trabalha:

Marcar apenas uma oval por linha.

Concordo
totalmente

Concordo

Não
concordo,
nem discordo

Discordo

Discordo
totalmente

Você tem
conhecimento
suficiente sobre a
legislação de
Saúde e Segurança
que se aplica à
proteção da
maternidade no
ambiente de
trabalho

☐
☐
☐
☐
☐

Você tem
conhecimento
suficiente sobre as
medidas de
proteção da
maternidade
instituídas em seu
local de trabalho

☐
☐
☐
☐
☐

Você percebe que,
onde trabalha, há
discriminação em
relação ao trabalho
da profissional
grávida ou mãe,
por parte dos
colegas ou chefias

☐
☐
☐
☐
☐

Você se preocupa
com possíveis
impactos negativos
em sua saúde
reprodutiva, por
exposição a riscos
ocupacionais.

☐☐☐☐☐

Você se preocupa
com possíveis
impactos negativos
na sua carreira por
querer ou já
vivenciar a
maternidade

☐☐☐☐☐

40. 7.3 Quando você pensa em conciliar trabalho e maternidade, quais são as duas primeiras palavras que vêm à sua mente? Escreva as palavras na ordem que surgirem em sua mente.



Proteção à Maternidade no Contexto do Trabalho Hospitalar

Pesquisadores: Dra. Elizabeth Costa Dias, Dra. Andrea Silveira, Soraya Wingester, Fernanda Rodrigues e André Luís

ESTA PESQUISA TEM O APOIO DESTES HOSPITALS

Questões importantes para o Setor Hospitalar



- A efetividade das medidas de proteção do trabalho da gestante
- A visibilidade da gestação
- O adiamento da gravidez
- A perda de espaço no mercado de trabalho
- Os modelos de vigilância em saúde ocupacional
- Análise de riscos que considere a gravidez
- A percepção da trabalhadora sobre os riscos ocupacionais, trabalho e proteção à maternidade

O que pretendemos estudar?

Como o trabalho interfere na maternidade?

Como a maternidade interfere no trabalho?

Quem poderá participar?

- A trabalhadora da assistência deste Hospital Universitário.
- Ter entre 18 a 45 anos.
- Não precisa estar grávida ou ser mãe.
- Ser das equipes de enfermagem e médica.
- Ter vínculo de emprego.
- Trabalhar nas áreas de urgência, terapia intensiva, oncologia e ambulatorial.

Como será a participação?

- Você poderá participar respondendo o questionário impresso ou via link do Google Forms ou QR Code.
- Suas respostas serão sigilosas porque você não informará o seu nome ou e-mail.
- Você tem o direito de recusar a participar, o que seria uma pena. O que você pensa é fundamental para propormos medidas de proteção à maternidade onde você trabalha.

Contamos com você!

Nos ajude a dar respostas a questões tão importantes para as trabalhadoras e para o hospital onde você trabalha.

Acesso ao questionário



APÊNDICE L – Roteiro para a aplicação do questionário

Roteiro para aplicação do questionário “Percepção dos riscos ocupacionais e das relações entre trabalho e maternidade, no contexto hospitalar”

Finalidade do roteiro: facilitar a aplicação do questionário e conseguir o maior número de respondentes possível.

PASSOS:

1. Você deve ler o questionário para compreender a sua estruturação e como se dá a lógica de ramificação de pergunta ou de direcionamento com base na resposta. Isto é muito importante no caso de a respondente preferir o questionário impresso que tem indicado para qual pergunta seguir. No Google Forms, o redirecionamento é automático. O questionário, após o pré-teste, contém 7 seções e 37 perguntas, a maioria de múltipla escolha, sendo 2 na Escala Likert (com 11 afirmativas).
2. Treinar a abordagem.
 - Para você não ficar “perdido(a)” na hora de fazer a coleta, é fundamental treinar a abordagem com você mesmo(a) ou com alguém (colega de coleta).
 - Nunca aborde timidamente a trabalhadora. Não a deixe perceber que você está receoso(a) ou acanhado(a). Mas, não seja impositivo(a).
 - É importante iniciar dizendo que a pesquisa é sobre trabalho e maternidade (gravidez e criação de filhos) e que tem o apoio do hospital, tendo passado por todas as instâncias para a aprovação.
 - Que após a finalização do estudo, será dado um retorno para as trabalhadoras e para o hospital, inclusive com sugestões para a proteção da maternidade nos ambientes onde trabalham.
 - Dizer que embora a coleta dos dados seja via link ou QR Code do formulário no Google Forms, há a possibilidade de responder o formulário impresso com a garantia total de sigilo dos dados. Após o preenchimento do formulário impresso, as respostas serão digitadas pelo coletador no formulário do Google Forms. Em todas as formas de preenchimento, é impossível o rastreamento porque não é solicitado nome ou endereço eletrônico.
 - Outra coisa importante para dizer: não é necessário ser mãe ou estar grávida. Mesmo as que não querem engravidar deveriam responder porque a percepção delas sobre o tema também é muito importante para o estudo e para a proposição de medidas de proteção. O estudo envolve a saúde geral, reprodutiva e sexual.
 - **Caso perguntem**, dizer que o tempo para responder o questionário leva em torno de 10 minutos, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Se ela preferir ler o TCLE impresso depois (entregar uma cópia), é só ela passar pelo TCLE sem lê-lo dando os aceites obrigatórios, via Google Forms. Ela chegará rapidamente no questionário e, a depender da resposta, ela será direcionada e o tempo poderá diminuir ainda mais. Se ela optar por preencher o formulário impresso, uma cópia do TCLE deverá ser sempre entregue.
3. Por onde começar a coleta:
 - Procure sempre passar pela secretaria de cada unidade ou setor para dizer à responsável o que você irá fazer. Explique um pouco a pesquisa e reafirme o apoio do hospital.
 - Não se esqueça de passar na copa ou na cozinha porque as trabalhadoras sempre costumam passar lá para um cafezinho. Algumas vezes, é mais fácil e mais prático abordar um grupo e não uma pessoa. Se alguma quiser compartilhar ou falar sobre a experiência dela, ouça e, se possível, anote depois (não na hora). Estes momentos de fala são muito importantes para elas, mesmo quando discordam. Portanto, sempre aja serenamente e com paciência.
 - Você deve combinar com seu (sua) colega de coleta a distribuição entre vocês das unidades ou setores e dos turnos, para facilitar a coleta e não sobrecarregar ninguém. Todos os turnos e dias devem ser cobertos (os sete dias). Por isso, devem se organizar, caso contrário, haverá retrabalho.
 - É muito importante você fazer amizade com as chefias e trabalhadoras que você perceber que são mais solícitas e solidárias. Peça a elas para repassar o folder e o link do formulário para os grupos de trabalho no WhatsApp.
4. Coisas importantes para fazer antes de iniciar a coleta:
 - Após conversar com a chefia ou alguém que estiver na recepção ou secretaria de cada unidade/setor, colar o cartaz (folder) no mural interno com maior visibilidade ou na parede da secretaria/recepção. Até na cozinha ou copa é interessante.
 - Perguntar à pessoa responsável qual o melhor horário para se fazer a coleta. Lembre-se que poderá haver retorno neste local para buscar os questionários impressos que foram respondidos, no fim do turno de trabalho (preferível) ou em outro dia. Também é importante ter em mente que muitas dão plantão de 12 horas.

- Pergunte à respondente que preferiu o formulário impresso o horário de trabalho dela, se é plantão de 6, 12 ou 24 horas; e 4, 6 ou 8 horas/dia. Isto permitirá você saber quando deve retornar para pegar o formulário respondido.
 - Quando possível, concentre a devolução dos questionários em uma pessoa do setor que está lá todos os dias (inclusive noite).
5. Coisas importantes para fazer após a coleta do dia ou turno:
- Sempre manter o seu diário de campo atualizado com o que fez; onde foi; quantos questionário online foram respondidos; quantos questionários impressos você deixou no lugar, quando retornar para pegar e com quem pegar.
 - Inserir as respostas do questionário impresso no Google Forms, via link ou *QR Code*. Marcar os que já inseriu para não haver repetição e guardá-los (**não jogar fora**).
 - Reportar qualquer dificuldade ou dúvida, inclusive boas experiências, via grupo do WhatsApp que será criado para esta finalidade.
 - Em casos muito atípicos e que precisem de alguma intervenção imediata, procurar a Profa. Andrea Silveira ou Profa. Elizabeth Dias. Caso contrário, use o grupo de WhatsApp.

APÊNDICE M - Categorias utilizadas para a análise das respostas das perguntas abertas do questionário aplicado na segunda etapa da investigação

Perguntas	Categorias de respostas
3.6 – “Você teve alguma queixa de saúde relacionada ao trabalho durante a gestação?”	• Queixas de saúde relacionadas ao trabalho durante à gestação • Queixas de saúde relacionadas à gestação • Queixas de saúde relacionadas ao trabalho e à gestação • Queixas relacionadas somente às condições de trabalho • Não relataram queixa
3.7.1 – “Se for o caso, o porquê e por quanto tempo você teve que se afastar do trabalho devido à complicação relacionada à gestação?”	• Alterações da Duração da Gestação • Alterações da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) e do Traçado Cardiotocográfico • Alterações do Volume de Líquido Amniótico • Anemias na Gestação • Desvios do Crescimento fetal • Edema Fisiológico • Síndromes Dolorosas Associadas à Gestação • Infecção Urinária • Náuseas e Vômitos na Gravidez • Síndromes Hemorrágicas • Síndromes Hipertensivas da Gravidez • Outros Agravos
7.3 – “Quando você pensa em conciliar trabalho e maternidade, quais são as duas primeiras palavras que vêm à sua mente?”	• Ambivalência de sentimentos • Atitudes positivas demandadas • Experiências emocionais negativas • Experiências emocionais e físicas negativas • Experiências emocionais positivas • Habilidade para contornar situações difíceis • NoMo • Sensação de impossibilidade • Sentimento de arrependimento • Sentimento de indecisão • Preocupações vivenciadas

APÊNDICE N - Distribuição das respondentes que tiveram queixas de saúde relacionadas ao trabalho, durante a gestação (n= 81)

Setor	Ambulatorial				Oncologia				Terapia intensiva				urgência				Setor não declarado				Total
CBO Tipo de jornada	A E	T E	E	M	A E	T E	E	M	A E	T E	E	M	A E	T E	E	M	A E	T E	E	M	
Diurno - 4 horas/dia	0	0		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Diurno - 6 horas/dia	1	1	4	4	0	0	1	0	0	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0	17
Diurno - 6 horas/dia, Diurno - 8 horas/dia*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Diurno - 6 horas/dia, Diurno - 8 horas/dia, Plantão Noite - 12 horas*	0	0	1	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Diurno - 6 horas/dia, Plantão Dia - 12 horas*	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Diurno - 6 horas/dia, Plantão Noite - 12 horas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Diurno - 8 horas	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Plantão Dia - 06 horas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Plantão Dia - 12 horas	0	6	6	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas*	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Plantão Dia - 12 horas, Dia/noite - 24 horas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Plantão noite - 12 horas	0	9	3	0	0	1	2	0	0	4	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0	26
Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas, Dia/noite - 24 horas*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Dia/noite - 24 horas	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Total por CBO	1	18	18	9	0	3	5	0	0	6	10	1	0	5	2	1	0	0	1	1	81

Nota: * trabalhadora relatou mais de uma jornada de trabalho no mesmo hospital.

APÊNDICE O - Distribuição das respondentes que relataram queixas relacionadas ao trabalho, durante a gestação (n=81)

Setor	CBO	AE	TE	E	M	Perfil por setor
Ambulatorial	fabs	1	18	18	9	46
	Agravos*	Lombalgia (1) Cíatalgia (1)	AT com material biológico (1) Cansaço (2) Cefaleia (1) Dor no joelho (1) Dor pélvica (1) Dores nas costas (1) Edema de MMII (1) Estresse (1) Infecção urinária (1) Lombalgia (2) Mal-estar (1) Prurido vaginal (1) Sangramento vaginal (1) Síndrome do Túnel do Carpo (1) Torção do pé/AT (1)	Abertura prematura de colo uterino (1) Angústia (1) Ansiedade (1) Cansaço físico (3) Covid19 (2) Dor pélvica (1) Dor na coluna (1) Dor no quadril (1) Dor nos MMII (1) Edema MMII (1) Edema nos MMSSII (1) Estresse (2) Infecção urinária (1) Lombalgia (3)	Edema de MMII (1) Enjoos (1) Exposição a agentes biológicos (1) Hematoma grande no joelho por queda (1) Lombalgia (2) Sonolência (1) Trabalho de parto após RCP em PCR (1)	Abertura prematura de colo uterino (1) Angústia (1) Ansiedade (1) AT com material biológico (1) Cansaço físico (5) Cefaleia (1) Cíatalgia (1) Covid19 (2) Dor na coluna (1) Dor no joelho (1) Dor no quadril (1) Dor nos MMII (1) Dor pélvica (2) Dores nas costas (1) Edema de MMII (3) Edema nos MMSSII (1) Enjoos (1) Estresse (3) Exposição a agentes biológicos (1) Hematoma no joelho por queda (1) Infecção urinária (2) Lombalgia (8) Mal-estar (1) Prurido vaginal (1) Sangramento vaginal (1) Síndrome do túnel do carpo (1) Sonolência (1) Torção do pé/AT (1) Trabalho de parto após RCP em PCR (1)
	Jornada de trabalho	Diurno - 6 horas/dia (1)	Diurno - 6 horas/dia (1) Diurno - 6 horas/dia, Plantão Dia - 12 horas (1) Diurno - 8 horas/dia (1) Plantão Dia - 12 horas (6) Plantão Noite - 12 horas (9)	Diurno - 6 horas/dia (4) Diurno - 6 horas/dia, Diurno - 8 horas/dia, Plantão Noite - 12 horas (1) Diurno - 6 horas/dia, Plantão Dia - 12 horas (1) Diurno - 8 horas/dia (3) Plantão Dia - 12 horas (6) Plantão Noite - 12 horas (3)	Dia/noite - 24 horas (2) Diurno - 4 horas/dia (1) Diurno - 6 horas/dia (4) Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas (1)	Dia/noite - 24 horas (2) Diurno - 4 horas/dia (1) Diurno - 6 horas/dia (10) Diurno - 6 horas/dia, Diurno - 8 horas/dia, Plantão Noite - 12 horas (1) Diurno - 6 horas/dia, Plantão Dia - 12 horas (2) Diurno - 8 horas/dia (4) Plantão Dia - 12 horas (13) Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (12)
	Faixa etária	39 a 45 (1)	32 a 38 (4) 39 a 45 (14)	32 a 38 (7) 39 a 45 (11)	32 a 38 (2) 39 a 45 (7)	32 a 38 (13) 39 a 45 (33)
Oncologia	fabs	0	3	5	0	8

Setor	CBO	AE	TE	E	M	Perfil por setor
	Agravos*		Cansaço (1) Carga horária exaustiva (1) Edema dos MMII (1) Enjoo (1) Privação de sono/trabalho noturno (1)	Cansaço (1) Cólicas (1) Contrações prematuras (1) Estresse (1) Medo de doenças infectocontagiosas e de acidente de trabalho (1) Micose devido ao fardamento (1) “Neurite” na região torácica (1)		Cansaço (2) Carga horária exaustiva (1) Cólicas (1) Contrações prematuras (1) Edema dos MMII (1) Enjoo (1) Estresse (1) Medo de doenças infectocontagiosas e de acidente de trabalho (1) Micose devido ao fardamento (1) “Neurite” na região torácica (1) Privação de sono/trabalho noturno (1)
	Jornada de trabalho		Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (1)	Diurno - 6 horas/dia (1) Diurno - 6 horas/dia, Plantão Noite - 12 horas (1) Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (2)		Diurno - 6 horas/dia (1) Diurno - 6 horas/dia, Plantão Noite - 12 horas (1) Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas (2) Plantão Noite - 12 horas (3)
	Faixa etária		32 a 38 (1) 39 a 45 (2)	32 a 38 (1) 39 a 45 (4)		32 a 38 (2) 39 a 45 (6)
Terapia intensiva	fabs	0	6	10	1	17
	Agravos*		Atendimento a pacientes pesados (1) Depressão (1) Deslocamento de placenta (1) Edema de MMII (1) Exposição a RX (1) Trabalho de parto prematuro (1)	Ansiedade (1) Cansaço físico (1) Condições inadequadas para dormir no horário de descanso (1) DHEG (1) Escala de trabalho pouco flexível (1) Estação de trabalho desconfortável (1) Estresse emocional (1) Lombalgia (1) Queda da própria altura (1) Sangramento (1) Síndrome do túnel do carpo (1) Sobrecarga (1)	Ergonomia (1)	Ansiedade (1) Atendimento a pacientes pesados (1) Cansaço físico (1) Condições inadequadas para dormir no horário de descanso (1) Depressão (1) Deslocamento de placenta (1) DHEG (1) Edema de MMII (1) Ergonomia (1) Escala de trabalho pouco flexível (1) Estação de trabalho desconfortável (1) Estresse emocional (1) Exposição a RX (1) Lombalgia (1) Queda da própria altura (1) Sangramento (1) Síndrome do túnel do carpo (1) Sobrecarga (1) Trabalho de parto prematuro (1)

Setor	CBO	AE	TE	E	M	Perfil por setor
	Jornada de trabalho		Plantão Dia - 06 horas (1) Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (4)	Diurno - 6 horas/dia (4) Diurno - 6 horas/dia, Diurno - 8 horas/dia (2) Diurno - 6 horas/dia, Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (3)	Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas, Dia/noite - 24 horas (1)	Diurno - 6 horas/dia (4) Diurno - 6 horas/dia, Diurno - 8 horas/dia (2) Diurno - 6 horas/dia, Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Dia - 06 horas (1) Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas, Dia/noite - 24 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (7)
	Faixa etária		32 a 38 (1) 39 a 45 (5)	32 a 38 (6) 39 a 45 (4)	32 a 38 (1)	32 a 38 (8) 39 a 45 (9)
Urgência	fabs	0	5	2	1	8
	Agravos*		Aumento de PA (1) Edema em MMII (1) Estresse (1) Lombalgia e dispneia (1) Náuseas (1) Preconceito (1) Pressão no baixo ventre (1) Trabalho pesado (1)	Cólicas (1) Enjoos (1) Privação de sono/trabalho noturno (1) Sangramento (1)	Ansiedade por excesso de trabalho (1)	Ansiedade por excesso de trabalho (1) Aumento de PA (1) Cólicas (1) Dispneia (1) Edema em MMII (1) Enjoos (1) Estresse (1) Lombalgia (1) Náuseas (1) Preconceito (1) Pressão no baixo ventre (1) Privação de sono/trabalho noturno (1) Sangramento (1) Trabalho pesado (1)
	Jornada de trabalho		Diurno - 6 horas/dia (1) Plantão Dia - 12 horas, Dia/noite - 24 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (3)	Diurno - 6 horas/dia (1) Plantão Noite - 12 horas (1)	Dia/noite - 24 horas (1)	Dia/noite - 24 horas (1) Diurno - 6 horas/dia (2) Plantão Dia - 12 horas, Dia/noite - 24 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (4) Plantão Noite - 12 horas (3)
	Faixa etária		25 a 31 (1) 32 a 38 (2) 39 a 45 (2)	32 a 38 (1) 39 a 45 (1)	32 a 38 (1)	25 a 31 (1) 32 a 38 (4) 39 a 45 (3)
Setor não declarado	fabs			1	1	2
	Agravos*			Contrações uterinas precoces (1) Sobrecarga de trabalho (1)	Ciatalgia (1)	Ciatalgia (1) Contrações uterinas precoces (1) Sobrecarga de trabalho (1)
	Jornada de trabalho			Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas (1)	Diurno - 6 horas/dia, Plantão Dia - 12 horas (1)	Diurno - 6 horas/dia, Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Dia - 12 horas, Plantão Noite - 12 horas (1)
	Faixa etária			32 a 38 (1)	39 a 45 (1)	32 a 38 (1) 39 a 45 (1)

Nota: *não em quantidade de casos e sim em tipo de agravos.

APÊNDICE P - Relatos dos agravos relacionados à gestação por grupos de alterações, considerando a grávida, conceito e feto

Grupo	Agravos	Total
Alterações da duração da gestação	Ameaça de parto prematuro	12
	Aumento de dilatação	1
	Colo cervical aberto	1
	Parto pré-termo	1
	Trabalho de Parto Prematuro (TPP)	1
	Contrações uterinas precoces e espontâneas	3
Alterações da frequência cardíaca fetal (FCF) e do traçado cardiotocográfico	Bebê com bradicardia	1
Alterações do volume de líquido amniótico	Perda de líquido amniótico	1
Anemias na gestação	Anemia	2
Desvios do crescimento fetal	Crescimento Uterino Restrito	1
	Problemas de crescimento intrauterino	1
Edema fisiológico	Edema	1
	Edema MMII	1
Infecção urinária	Infecção urinária	2
Náuseas e vômitos na gravidez	Enjoo e tontura	1
	Hiperêmese gravídica	4
	Náuseas e vômitos	1
	Vômitos	1
Síndromes dolorosas associadas à gestação	Ciatalgia	3
	Dor pélvica	3
	Lombalgia	5
	“Neurite” na região torácica "E"	1
	Síndrome do túnel do carpo	1
	Sinfisite púbica	1
Síndromes hemorrágicas	Aborto espontâneo	6
	Ameaça de aborto	5
	Descolamento da placenta (Descolamento prematuro de placenta - DPP)	4
	Gestação ectópica	2
	Hematoma (placenta)	1
	Placenta prévia	1
	Sangramento	8
Síndromes hipertensivas da gravidez	Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG)	1
	Hipertensão arterial	4
	Hipertensão gestacional	1
Outros	Fadiga	1
	Hipotensão	1
	Inflamação de aórtico	1
	TA clivada (tensão arterial clivada)	1

APÊNDICE Q - N° de trabalhadoras que se afastaram do trabalho, devido a agravos relacionados à gravidez, por jornada de trabalho, setor e CBO

Setor	Ambulatorial					Oncologia					Terapia intensiva					urgência					Setor não declarado				Total	
CBO	AE	TE	E	M	ND	AE	TE	E	M	ND	AE	TE	E	M	ND	AE	TE	E	M	ND	AE	TE	E	M		
4h/dia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
6h/dia	1	2	5	2	0	0	0	1	0	0	0	0	6	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	21
6h/dia, 8h/dia*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
6h/dia, 8h/dia, Plantão Noite - 12h*	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
6h/dia, Plantão Dia - 12h*	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Diurno - 8h	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Plantão Dia - 06h	0	0		1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Plantão Dia - 12h	0	8	8	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	23
Plantão Dia - 12h, Plantão Noite - 12h *	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Plantão Dia - 06h,	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Setor	Ambulatorial					Oncologia					Terapia intensiva					urgência					Setor não declarado				Total	
CBO	AE	TE	E	M	ND	AE	TE	E	M	ND	AE	TE	E	M	ND	AE	TE	E	M	ND	AE	TE	E	M		
Plantão Dia – 12h*																										
Plantão Dia – 06h, Plantão Noite – 12h*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Plantão noite – 12h	0	11	1	0	0	0	3	2	0	0	0	3	1	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	26
Plantão Dia – 12h, Plantão Noite – 12h, Dia/noite - 24h*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Dia/noite – 24h	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	5
Total por CBO	1	23	19	8	0	0	5	5	0	0	0	6	12	5	1	0	6	2	3	0	0	2	1	1		100

Notas: CBO- Classificação Brasileira de Ocupação; ND – CBO não declarada; AE - Auxiliar de Enfermagem; TE - Técnica de Enfermagem; E - Enfermeira; M – Médica

APÊNDICE R - Distribuição das respondentes que relataram afastamento por setor, tipo de agravo relacionado à gestação, jornada de trabalho e faixa etária (n= 100)

Sector	CBO	AE	TE	E	M	CBO não declarada	Perfil de afastamento por setor
Ambulatorial	Afastamento	1	23	19	8	0	51
	Afastamento com relato do agravo	1	14	14	7	0	36
	Afastamento sem relato do agravo	-	9	5	1	-	15
	Agravos relatados*	Descolamento da placenta (1)	Aborto espontâneo (1) Ameaça de parto prematuro (1) Descolamento da placenta (1) Enjoo e tontura (1) Hiperêmese gravídica (2) Hipertensão arterial (2) Infecção urinária (2) Lombalgia (1) Placenta prévia (1) Sangramento (1) TA clivada (1) Trabalho de Parto Prematuro (TPP) (1)	Aborto espontâneo (2) Ameaça de aborto (1) Ameaça de parto prematuro (2) Anemia moderada (Hemoglobina entre 8 e 10 g/dl e Vitamina B12 baixa (1) Cialgia (1) Colo cervical aberto (1) Lombalgia (1) Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) (1) Hipertensão gestacional (1) Inflamação de aórtico (1) Náuseas e vômitos (1) Parto pré-termo (1) Sangramento (3)	Ameaça de parto prematuro (4) Anemia (1) Cialgia (1) Edema MMII (1) Fadiga (1) Gestação ectópica (1) Problemas de crescimento intrauterino (1)	-	Aborto espontâneo (3) Ameaça de aborto (1) Ameaça de parto prematuro (7) Anemia (2) Cialgia (2) Colo cervical aberto (1) Descolamento da placenta (2) Edema MMII (1) Enjoo e tontura (1) Fadiga (1) Gestação ectópica (1) Hiperêmese gravídica (2) Hipertensão arterial (3) Hipertensão gestacional (1) Infecção urinária (2) Inflamação de aórtico (1) Lombalgia (2) Náuseas e vômitos (1) Parto pré-termo (1) Placenta prévia (1) Problemas de crescimento intrauterino (1) Sangramento (4) TA clivada (1) Trabalho de Parto Prematuro (TPP) (1)

Setor	CBO	AE	TE	E	M	CBO não declarada	Perfil de afastamento por setor
	Jornada de trabalho	Diurno - 6 horas/dia (1)	Diurno - 6 horas/dia Diurno - 8 horas/dia Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas	Diurno - 6 horas/dia Diurno - 8 horas/dia Plantão Dia - 06 horas Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas	Dia/noite - 24 horas Plantão Dia - 06 horas Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas	-	Diurno - 4 horas/dia (1) Diurno - 6 horas/dia (14) Diurno - 8 horas/dia (4) Plantão Dia - 06 horas (2) Plantão Dia - 12 horas (21) Plantão Noite - 12 horas (14) Dia/noite - 24 horas (2) Obs.: trabalhadoras com mais de 1 jornada (6)
	Faixa etária (fabs)	39 a 45 (1)	32 a 38 (1) 39 a 45 (13)	32 a 38 (6) 39 a 45 (8)	32 a 38 (2) 39 a 45 (5)	-	32 a 38 (9) 39 a 45 (27)
Oncologia	Afastamento	0	5	5	0	0	10
	Afastamento com relato do agravo	0	4	3	0	0	7
	Afastamento sem relato do agravo	-	1	2	-	-	3
	Agravos relatados*	-	Aborto espontâneo (1) Ameaça de aborto (1) Edema (1) Bebê com bradicardia (1) Sangramento (2)	Ameaça de parto prematuro (1) Contrações espontâneas com dor (1) Crescimento Uterino Restrito (1) Hipotensão (1) “Neurite” (1)	-	-	Aborto espontâneo (1) Ameaça de aborto (1) Ameaça de parto prematuro (1) Bebê com bradicardia (1) Contrações espontâneas com dor (1) Crescimento Uterino Restrito (1) Edema (1) Hipotensão (1) “Neurite” (1) Sangramento (2)

Setor	CBO	AE	TE	E	M	CBO não declarada	Perfil de afastamento por setor
	Jornada de trabalho	-	Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas	Diurno – 6 horas/dia Plantão Dia - 06 horas Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas	-	-	Diurno – 6 horas/dia (1) Plantão Dia - 06 horas (1) Plantão Dia - 12 horas (3) Plantão Noite - 12 horas (6) Obs.: 1 trabalhadora com mais de 1 jornada
	Faixa etária	-	32 a 38 (1) 39 a 45 (3)	39 a 45 (3)	-	-	32 a 38 (1) 39 a 45 (6)
Terapia intensiva	Afastamento	0	6	12	5	1	24
	Afastamento com relato do agravo	0	1	9	4	1	15
	Afastamento sem relato do agravo	-	5	3	1	-	9
	Agravos relatados*	-	Pressão alta Risco de pré-eclâmpsia (1)	Aborto espontâneo (1) Ameaça de aborto (2) Ameaça de parto prematuro (1) Aumento de dilatação (1) Contrações frequentes (1) Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) (1) Dor pélvica (1) Hiperêmese gravídica (1) Síndrome do túnel do carpo (1) Sinfisite púbica, dor (1)	Dor pélvica (1) Lombalgia (1) Perda de líquido amniótico (1) Sangramento (1)	Gravidez ectópica (1)	Aborto espontâneo (1) Ameaça de aborto (2) Ameaça de parto prematuro (1) Aumento de dilatação (1) Contrações frequentes (1) Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) (1) Dor pélvica (2) Gravidez ectópica (1) Hiperêmese gravídica (1) Lombalgia (1) Perda de líquido amniótico (1) Pressão alta - Risco de pré-eclâmpsia (1) Sangramento (1) Síndrome do túnel do carpo (1) Sinfisite púbica, dor (1)
	Jornada de trabalho	-	Plantão Dia - 12 horas	Diurno - 6 horas/dia Diurno - 8 horas/dia	Dia/noite - 24 horas Diurno - 4 horas/dia Diurno - 6 horas/dia	Diurno - 6 horas/dia	Dia/noite - 24 horas (1) Diurno - 4 horas/dia (1) Diurno - 6 horas/dia (13)

Setor	CBO	AE	TE	E	M	CBO não declarada	Perfil de afastamento por setor
				Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas	Plantão Dia - 06 horas Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas		Diurno - 8 horas/dia (4) Plantão Dia - 06 horas (2) Plantão Dia - 12 horas (5) Plantão Noite - 12 horas (6) Obs.: trabalhadoras com mais de 1 jornada no hospital (8)
	Faixa etária	-	39 a 45 (1)	32 a 38 (6) 39 a 45 (3)	32 a 38 (2) 39 a 45 (2)	32 a 38 (1)	32 a 38 (9) 39 a 45 (6)
Urgência	Afastamento	0	6	2	3		11
	Afastamento com relato do agravo	0	5	2	3		10
	Afastamento sem relato do agravo	-	1	-	-	-	1
	Agravos relatados*	-	Ameaça de parto prematuro (2) Descolamento de placenta (1) Lombalgia (1) Dor pélvica (1) Hiperêmese gravídica (1) Sangramento (1) Vômitos (1)	Hematoma (placenta) (1) Sangramento (1)	Aborto espontâneo (1) Ameaça de parto prematuro (1) Lombalgia (1) Sangramento (1)	-	Aborto espontâneo (1) Ameaça de parto prematuro (3) Descolamento de placenta (1) Dor pélvica (1) Hematoma (placenta) (1) Hiperêmese gravídica (1) Lombalgia (2) Sangramento (1) Vômitos (1)
	Jornada de trabalho	-	Diurno - 6 horas/dia Plantão Noite - 12 horas	Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas	Dia/noite - 24 horas	-	Dia/noite - 24 horas (3) Diurno - 6 horas/dia (2) Plantão Dia - 12 horas (1) Plantão Noite - 12 horas (5)
	Faixa etária	-	25 a 31 (1) 32 a 38 (2) 39 a 45 (2)	32 a 38 (1) 39 a 45 (1)	32 a 38 (3)	-	25 a 31 (1) 32 a 38 (6) 39 a 45 (3)

Setor	CBO	AE	TE	E	M	CBO não declarada	Perfil de afastamento por setor
Setor não declarado	Afastamento	0	2	1	1	0	4
	Afastamento com relato do agravo	0	2	1	1	0	4
	Afastamento sem relato do agravo	-	-	-	-	-	-
	Agravos relatados*	-	Ameaça de aborto (1) Descolamento da placenta (1)	Contrações uterinas precoces (1)	Ciatalgia (1)	-	Ameaça de aborto (1) Ciatalgia (1) Contrações uterinas precoces (1) Descolamento da placenta (1)
	Jornada de trabalho	-	Plantão Dia - 12 horas	Plantão Dia - 12 horas Plantão Noite - 12 horas	Diurno - 6 horas/dia Plantão Dia - 12 horas	-	Diurno - 6 horas/dia (1) Plantão Dia - 12 horas (4) Plantão Noite - 12 horas (1) Obs.: trabalhadoras com mais de 1 jornada no hospital (2)
	Faixa etária	-	32 a 38 (1) 39 a 45 (1)	32 a 38 (1)	39 a 45 (1)	-	32 a 38 (2) 39 a 45 (2)

Notas: CBO- Classificação Brasileira de Ocupação; ND – CBO não declarada; AE - Auxiliar de Enfermagem; TE - Técnica de Enfermagem; E - Enfermeira; M – Médica.

*Não em quantidade de casos e sim em tipo de agravo

APÊNDICE S - Distribuição das trabalhadoras quanto às categoria de resposta subjetiva, sobre conciliação entre trabalho e maternidade, por idade, estado civil, CBO, setor de trabalho, tempo na atividade e vínculo (n=384)

Categorias de respostas	Total	%	Idade	Estado civil	CBO	Setor de trabalho	Tempo na atividade	Vínculo
Ambivalência de sentimentos	2	0,5	39 a 45 anos (2)	Casadas (2)	Equipe de enfermagem/TE (1); médicas (1)	Setor de urgência (2)	1 a 2 anos; 5 ou mais anos	Servidor público estatutário (2)
Atitudes positivas demandadas	68	17,7	18 a 24 anos (1); 25 a 31 anos (2); 32 a 38 anos (27); 39 a 45 anos (38)	Casada (31); divorciada (8); solteira (13); união estável (14); Viúva (2)	Equipe de enfermagem (52); médicas (16)	Setor ambulatorial (40); Setor de oncologia (9); Setor de terapia intensiva (16); Setor de urgência (2)	Menos de 1 ano (1); 1 a 2 anos (3); 3 a 4 anos (3); 5 ou mais anos (61)	Empregado público (59); Servidor público estatutário (5)
Experiências emocionais negativas	38	9,9	25 a 31 anos (2); 32 a 38 anos (13); 39 a 45 anos (23)	Casada (21); divorciada (5); solteira (3); união estável (9)	Equipe de enfermagem (29); médicas (9)	Setor ambulatorial (25); Setor de oncologia (5); Setor de terapia intensiva (4); Setor de urgência (4)	1 a 2 anos (1); 3 a 4 anos (3); 5 ou mais anos (33); menos de 1 ano (1)	Empregado público (34); Servidor público estatutário (4)
Experiências emocionais e físicas negativas	138	35,9	25 a 31 anos (7); 32 a 38 anos (67); 39 a 45 anos (64)	Casada (87); divorciada (8); solteira (24); união estável (18); viúva (1)	Equipe de enfermagem/sem AE (109); médicas (25)	Setor ambulatorial (80); Setor de oncologia (9); Setor de terapia intensiva (31); Setor de urgência (15)	1 a 2 anos (9); 3 a 4 anos (7); 5 ou mais anos (122)	Empregado público (127); Servidor público estatutário (9)
Experiências emocionais positivas	24	6,3	25 a 31 anos (3); 32 a 38 anos (9); 39 a 45 anos (12)	Casada (13); divorciada (3); solteira (4); união estável (4)	Equipe de enfermagem/sem AE (18); médicas (5)	Setor ambulatorial (15); Setor de oncologia (3); Setor de terapia intensiva (3); Setor de urgência (3)	1 a 2 anos (1); 3 a 4 anos (1); 5 ou mais anos (22)	Empregado público (20); Servidor público estatutário (2)
Habilidade para contornar situações difíceis	5	1,3	32 a 38 anos (3); 39 a 45 anos (2)	Casada (3); solteira (1); união estável (1)	Equipe de enfermagem/Só enfermeiras (3); médicas (2)	Setor ambulatorial (3); Setor de terapia intensiva (1); Setor de urgência (1)	1 a 2 anos (1); 3 a 4 anos (1); 5 ou mais anos (3)	Empregado público (5)

Categorias de respostas	Total	%	Idade	Estado civil	CBO	Setor de trabalho	Tempo na atividade	Vínculo
NoMo	6	1,6	18 a 24 anos (1); 32 a 38 anos (1); 39 a 45 anos (4)	Casada (1); solteira (4); união estável (1)	Equipe de enfermagem/Só TE (6)	Setor ambulatorial (4); Setor de oncologia (1); Setor de terapia intensiva (1)	5 ou mais anos (6)	Empregado público (6)
Sensação de impossibilidade	13	3,4	32 a 38 anos (6); 39 a 45 anos (7)	Casada (5); solteira (4); união estável (2); divorciada (2)	Equipe de enfermagem (11), médicas (2)	Setor ambulatorial (6); Setor de oncologia (1); Setor de terapia intensiva (6)	menos de 1 ano (1); 5 ou mais anos (12)	Empregado público (1)
Sentimento de arrependimento	1	0,3	32 a 38 anos (1)	União estável (1)	Equipe de enfermagem/TE (1)	Setor ambulatorial (1)	5 ou mais anos (1)	Empregado público (1)
Sentimento de indecisão	1	0,3	5 ou mais anos (1)	Solteira (1)	Equipe de enfermagem/TE (1)	Setor ambulatorial (1)	5 ou mais anos (1)	Empregado público (1)
Preocupações vivenciadas	241	62,8	18 a 24 anos (1); 25 a 31 anos (16); 32 a 38 anos (104); 39 a 45 anos (120)	Casada (124); divorciada (22); solteira (50); união estável (43); Viúva (2)	Equipe de enfermagem (193), médicas (47)	Setor ambulatorial (141); Setor de oncologia (21); Setor de terapia intensiva (47); Setor de urgência (29)	Menos de 1 ano (3); 1 a 2 anos (8); 3 a 4 anos (12); 5 ou mais anos (218)	Empregado público (208); Servidor público estatutário (28)

APÊNDICE T - Respostas por categoria à pergunta “Quando você pensa em conciliar trabalho e maternidade, quais são as duas primeiras palavras que vêm à sua mente?”

Categorias de respostas	Respostas
Ambivalência de sentimentos	Medo, alegria; medo, coragem
Atitudes positivas demandadas	Abdicação, adaptação, alegria, amamentação, apoio, autoconhecimento, bem-estar, cansaço, carga horária, comprometimento, compromisso, conciliação, coragem, creche, cuidado, dedicação, desafio, determinação, difícil, dificuldade, direitos, disciplina, discriminação, disposição, energia, equilíbrio, escolhas, esforço, exaustão, excesso de trabalho, família, felicidade familiar, flexibilidade, força, impermanência, logística, luta, necessidade, objetivo, organização, otimizar o tempo, paciência, períodos de descanso para dar conta, perseverança, persistência, planejamento, plenitude, preocupação, prioridade, realização, rede de apoio, renúncia, resiliência, respeito, responsabilidade, rotina, sabedoria, saber priorizar, saúde, sobrecarga, sonho, superação, tempo, união
Experiências emocionais negativas	Abandono, afastamento, angústia, ansiedade, ausência, complicado, correria, culpa, desafio, desassistência, desespero, desgaste, desrespeito, difícil, dificuldade, doença, estresse, impossível, injusto, insegurança, insegurança, medo, preocupação, preocupante, prioridades, remorso, renúncias, risco, sacrifício, salário hipossuficiente, saudade, saúde mental, seria melhor não ter engravidado, sobrecarga mental, tempo, tristeza, “uma junção que não foi agradável”
Experiências emocionais e físicas negativas	Abandono, abdicação, amor, ansiedade, atenção dividida, atrasos, cansaço, carga, horaria incompatível, cobrança, competitividade, correria, culpa, dedicação, desafiador, desânimo, desgaste, desvalorização, dificuldade, discriminação, dúvidas, equilíbrio, esforço, esgotamento, estabilidade financeira, estresse, eu ia querer ficar mais tempo com meu filho/filha, exaustão, exigências, fadiga, falta de apoio, falta de tempo, filhos, horário de trabalho, impaciência, impossibilidade, impotência, incompatibilidade, indisposição, injusto, insegurança, logística, malabarismo, medo, muito difícil, necessidade, perda de credibilidade, perda de oportunidades, pesar, peso, preocupação, privação de sono, rede de apoio, responsabilidade, sacrifício, sobrecarga, sofrimento, sono, tempo, trabalho, “tristeza de deixar o filho no final de semana ”
Experiências emocionais positivas	Alegria, amor, cansaço, correria, cuidado, desafio, Deus, dificuldade, empatia, felicidade, força, frustração, importante, justiça, liberdade, necessário, necessidade, normal, planejamento, plenitude, preocupação, realização, reinventar, resiliência, respeito, responsabilidade, sacrifício, satisfação, sobrecarga, sonho, superação
Habilidade para contornar situações difíceis	Cansaço, desafiador, loucura, malabarismo, sobrecarga
NoMo	“Não penso”, “Não quero (a maternidade)”, “Não quero engravidar, Não vou ficar grávida!”, “Nem pensar!”, “Sem chance”
Sensação de impossibilidade	Ansiedade, desafio, dificuldade, exaustão, impossibilidade, incompatibilidade, inviável, medo de não dar conta, não é fácil, “Preciso trabalhar!”, risco, “Será que vou dar conta?”
Sentimento de arrependimento	"Seria melhor não ter engravidado"; "Uma junção que não foi agradável"
Sentimento de indecisão	"Não sei"

Categorias de respostas	Respostas
Preocupações vivenciadas	Abdicação, acolhimento, adaptações, afastamento das atividades, ajuda, amamentação, ambiente hospitalar, amor, angústia, ansiedade, apoio, atenção dividida, atrasos, ausência, autoconhecimento, bem-estar, cansaço, carga horária, cobrança, com quem vou deixar meu filho, como auxiliar maternidade x trabalho, competitividade, complicações, compreensão, comprometimento, compromisso, condição financeira, coragem, correria, creche, cuidado, culpa, dedicação ,deixar a criança após uma licença, desafiador, desafio, desassistência, desespero, desgastante, desrespeito, Deus, deveres, difícil, dificuldades de encontrar substituição, dilema, dinheiro, direito, disciplina, discriminação, disponibilidade, disposição física e mental, doença, dupla jornada, duplo vínculo, dúvida sobre retorno para o mesmo setor de trabalho após licença maternidade, educação, empatia, equilíbrio, escolhas, esforço, estabilidade financeira, estar exposta a riscos biológicos grávida, estresse, eu ia querer ficar mais tempo com meu filho/filha, exaustão, excesso de trabalho, exigências, fadiga, falta de apoio ,falta de compreensão dos colegas, falta de tempo, felicidade, filhos, flexibilidade, flexibilidade de carga horária, frustração, home office, horário, horário de trabalho, humanização, idade, impermanência, impossibilidade, incompatibilidade, incompreensão, insalubre, insegurança, interrupção precoce de amamentação, jornada de trabalho noturna, jornada reduzida, julgamentos, julgamentos chefias referentes às funções exercidas, justiça, liberdade, local de deixar o filho no trabalho, logística, luta, mãe profissional, malabarismos entre funções, manter a carreira profissional, medo, meios de subsistência, movimentar e carregar pacientes, mudança, muita energia, múltiplas tarefas, não bater ponto, necessidade, obstáculo, pedir apoio para cuidar da criança, perda de credibilidade, perda de oportunidades, perda de posição no mercado, perda financeira, permanecer no emprego, perseverança, peso, planejamento, pós-parto, preocupação, presença, prioridade, problemas, proteção, qualidade de vida, quem vai ficar com meu filho, readaptação, rede de apoio, reinventar, renda, render, renúncia, rescindir meu contrato, resiliência, respeito, responsabilidade, retorno ao trabalho, risco biológico, risco de gravidez, riscos, rotina, sabedoria, sacrifício, salário hipossuficiente, satisfação, saúde, saúde mental, segurança ,segurança do filho, separação, sobrecarga, sobrecarga de trabalho ,sofrimento, sonho, superação, suporte familiar, suspeição, tempo, trabalho árduo, tristeza, tristeza de deixar o filho no final de semana

Proteção à Maternidade no Contexto do Trabalho Hospitalar.
Um contributo para a melhoria das relações entre trabalho e maternidade
Soraya Wingester Vasconcelos

SEDE ADMINISTRATIVA

- FACULDADE DE ENGENHARIA**
- FACULDADE DE ARQUITECTURA**
- FACULDADE DE BELAS ARTES**
- FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO**
- FACULDADE DE CIÊNCIAS**
- FACULDADE DE DESPORTO**
- FACULDADE DE DIREITO**
- FACULDADE DE FARMÁCIA**
- FACULDADE DE LETRAS**
- FACULDADE DE MEDICINA**
- FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**
- FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**
- INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**

