



PATOLOGIA INFECCIOSA OCUPACIONAL EM BOMBEIROS:
OS CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC - USA 2016) FACE AO DECRETO REGULAMENTAR
PORTUGUÊS Nº 76/2007*

OCCUPATIONAL INFECTIOUS PATHOLOGY IN FIREFIGHTERS:
THE CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC-USA) 2016 REGARDING THE PORTUGUESE
REGULATORY DECREE Nº 76/2007

Rui Ponce Leão

Hospital de Santa Maria do Porto
Consultor da UEIFIS AHCBVSPCova
ruipleao@gmail.com

Paulo Campos

TCor Médico, U.S. II - VN Gaia/Exército Português
Consultor da UEIFIS AHCBVSPCova
pacampos@netcabo.pt

Sara Gandra

CHP-HSA
Consultora da UEIFIS AHCBVSPCova
saragandra@gmail.com

Romero Bandeira

Dir. Curso de Medicina de Catástrofe, ICBAS, Univ. Porto
Director da UEIFIS AHCBVSPCova
hmedcat@icbas.up.pt

RESUMO

Os Bombeiros têm, frequentemente, contacto com doentes portadores de patologia infecto-contagiosa, bem como com animais sãos ou doentes, cadáveres e, eventualmente, outras situações onde possam co-existir agentes causadores de doenças. Neste sentido aborda-se o conteúdo do DR Português 76/2007 comparando-o com o que os CDC-USA 2016 explanam sobre a mesma matéria. Dada a relevância da mesma chama-se a atenção para lacunas existentes, mesmo no contexto dos CDC, no sentido da necessidade da premente actualização da Legislação Portuguesa neste âmbito.

Palavras-chave: Patologia ocupacional, infecção, Bombeiros, CDC, decreto-regulamentar.

ABSTRACT

Firefighters often have contact with patients with infectious disease as well as healthy or sick animals, dead bodies and possibly other situations where can co-exist disease-causing agents. In this sense it addresses the contents of DR Portuguese 76/2007 comparing it to what the CDC-USA 2016 expounds on the same subject. Given the importance of the theme we enhance, even in the context of the CDC, the need of urgent update of the Portuguese legislation in this area.

Keywords: Occupational disease, infection, firefighters, CDC, regulatory decree.

Introdução

O conceito de Patologia Ocupacional, num sentido lato, pode ser aplicado aos diversos tipos de Bombeiros, nomeadamente Profissionais e Voluntários, sendo utilizável, para tal, o Decreto Regulamentar n.º 76/2007 (DR 76/2007), de 17 de Julho, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, que actualiza o Decreto Regulamentar n.º 6/2001, que contém a Lista das Doenças Profissionais e o respectivo Índice Codificado.

Assim sendo, o propósito do artigo é simples. Fundamentalmente procura-se chamar a atenção para a falência dos possíveis objectivos científicos, do citado Decreto com as consequentes profundas repercussões operacionais. Desde a unívita que pode causar

contágio ao interventor (Sikorski *et al.*, 2012), podemos extrapolar, por exemplo, uma situação limite de socorro, como no caso de uma pandemia que poderá configurar uma situação de megacatástrofe no espaço e no tempo; esta, obviamente envolvendo multívitas, das quais podem fazer parte integrante as equipas de socorro face à sua exposição no terreno, inclusivamente podendo levar à sua neutralização (OSHA 2016 a).

Não é nosso propósito explanar uma metodologia analítica com a finalidade de prever a alteração ao DR 76/2007, mas sim, dissecar, ainda que sumariamente, as suas deficiências face a informação científica actual, existente quer em Portugal, quer no Estrangeiro, contida em suporte de papel ou digital e perfeitamente acessível a qualquer investigador ou especialista interessados nesta área.

* O texto desta nota corresponde a uma comunicação apresentada no I Seminário da Rede Incêndios-Solo e I Simpósio Ibero-Afro-Americano de Riscos, tendo sido submetido em 30-11-2015, sujeito a revisão por pares a 18-03-2016 e aceite para publicação em 30-06-2016.

Esta nota é parte integrante da Revista *Territorium*, n.º 23, 2016, © Riscos, ISSN: 0872-8941.

Citemos H Julien (2013):

“[...]A única verdadeira ciência é o conhecimento dos factos. A verdade sempre vem do terreno. É o compromisso operacional num acidente catastrófico de efeito limitado ou numa catástrofe de grandes proporções, que permite o progresso. Assim são depositados lentamente estratos de conhecimento que constituíram a medicina de catástrofe [...]”.

OS CDC (<http://www.cdc.gov/HAI/organisms/organisms.html>) apresentaM sob o título *Healthcare-Associated Infections (HAIs), Diseases and Organisms in Healthcare Settings*, uma lista onde constam vários agentes que não se encontram no DR 76/2007.

Contudo, as actividades dos Bombeiros - sendo estes uma das pedras angulares do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) - podem levar a situações de risco, devido ao seu contacto com agentes biológicos patogénicos que devem ser conhecidos e evidenciados.

Nesta ordem de ideias o SIEM (2013) dispõe hoje, de três Centrais de Comunicações de Doentes Urgentes (CODU), a funcionar numa tipologia de CODU Nacional. Dispõe ainda de meios medicalizados e não medicalizados, operados directamente pelo INEM ou, na sua grande maioria, através de protocolo com outras entidades (Corpos de Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa/CVP e Hospitais): 43 VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação), tripuladas por um médico e um enfermeiro, 40 SIV (Ambulância de Suporte Imediato de Vida), tripuladas por um enfermeiro e um técnico de emergência, 56 AEM (Ambulância de Emergência Médica), tripuladas por dois técnicos de emergência, 8 MEM (Motociclo de Emergência Médica), tripulados por um técnico de emergência, 300 postos PEM (Ambulância que constitui protocolo 'Posto de Emergência Médica' operada por Corpo de Bombeiros ou CVP), tripuladas por técnicos de ambulância de socorro, 157 postos de reserva (Protocolos 'Posto de Reserva' operada por Corpo de Bombeiros ou CVP), que corresponde a, pelo menos, uma viatura ambulância e tripulação por protocolo), 37 NINEM (Ambulância sem protocolo INEM), activada com cariz ocasional e por necessidade, operada por Corpo de Bombeiros ou CVP, 5 Helicópteros SHEM (Serviço de Helicópteros de Emergência Médica), de cuja tripulação fazem parte um médico e um enfermeiro, 4 TIP (Ambulância de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico), tripuladas por um médico, um enfermeiro e um técnico de emergência e 4 UMIPE (Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência), tripuladas por um psicólogo e um técnico de emergência, num total de 654 meios disponíveis para o cidadão. Em acréscimo e reserva do sistema, existem ainda numerosas ambulâncias disponíveis nos Corpos de Bombeiros que poderão ser activadas através dos CDOS (Comando Distrital de Operações de Socorro) da ANPC (Autoridade Nacional de Protecção Civil).

Assim sendo, é da maior relevância estarmos alertados e cientificamente consciencializados no que concerne a patologias ou agentes patogénicos que podem afectar os Bombeiros, quer Profissionais quer Voluntários ou ainda outros intervenores, como já se referiu.

Do Decreto Regulamentar Português nº 76/2007 aos CDC

Em termos conceptuais e conforme Antunes (2015) nos transmite, com base nas definições dos CDC, "*Define-se infecção como uma reacção adversa, localizada ou sistémica, à presença de um agente infeccioso ou às suas toxinas*".

Infecção da comunidade é a infecção diagnosticada nas primeiras 48h após a admissão e associada a cuidados de saúde, a que surge no período de 48 horas ou mais após a admissão hospitalar e que não se encontrava em incubação no momento da admissão.

Define-se colonização como a presença de microrganismos na pele, mucosas, feridas, excreções ou secreções sem sinais ou sintomas adversos e inflamação como a resposta tecidual à lesão ou estimulação por agentes não infecciosos.

De acordo com o mesmo autor, resumimos a estratificação da gravidade, que pode ser assim estabelecida:

- SIRS - Systemic Inflammatory Response Syndrome
- Sépsis
- Hipotensão induzida pela sepsis
- Hipoperfusão induzida pela sepsis
- Sepsis grave
- Choque séptico.

No DR 76/2007 são enumeradas as doenças infecciosas e parasitárias que podem ser consideradas Doença Profissional. No mesmo documento e do código 51.01 ao 52.07 dão explicitadas as doenças infecciosas (bacterianas e víricas) de acordo com a TABELA I.

Contudo, face à realidade da fácil circulação não controlada de pessoas e outros seres vivos e de bens, podem surgir outros agentes, não descritos no DR 76/2007.

Assim, de acordo com os CDC chamamos a atenção para a TABELA II.

Comparando o conteúdo do Decreto Regulamentar n.º76/2007 sobre Doenças infecciosas com a lista dos CDC - *Healthcare-Associated Infections (HAIs), Diseases and Organisms in Healthcare Settings* - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) verifica-se que os seguintes agentes só se encontram indicados nos CDC: *Acinetobacter*, *Burkholderia cepacia*, *Clostridium*

TABELA I - DR 76/2007 - Doenças infecciosas.

TABLE I - RD 76/2007 - Infectious Diseases.

51 – Causadas por bactérias e afins:		52 – Causadas por vírus:
51.01 – Tétano.	51.13 – Sífilis cutânea.	52.01 – Raiva.
51.02 – Bruceloses.	51.14 – Infecções por enterobacteriáceas	52.02 – Hepatites víricas.
51.03 – Tuberculoses.	51.15 – Salmoneloses.	52.03 – Poliomielite
51.04 – Estreptococia por <i>Streptococcus suis</i>	51.16 – Listeriose.	52.04 – Varicela.
51.05 – Carbúnculo.	51.17 – Erisipelóide	52.05 – Rubéola.
51.06 – Ricktsioses.	51.18 – Tularémia.	52.06 – Sarampo.
51.07 – Meningococias.	51.19 – Tracoma ocular.	52.07 – Parotidite
51.08 – Estreptococias (outras).	51.20 – Ornitose-psitacose.	
51.09 – Difteria.	51.21 – Doença de Lyme.	
51.10 – Estafilococias.	51.22 – Pasteurolose.	
51.11 – Shigeloses.	51.23 – Leptospirose.	
51.12 – Infecções por <i>Pseudomonas</i> .		

TABELA II - Infecções associadas a cuidados de saúde (IACS), doenças e organismos em ambientes de saúde.

TABLE II - Healthcare-Associated Infections (HAIs), Diseases and Organisms in Healthcare Settings.

<i>Acinetobacter</i>	<i>Klebsiella</i>
<i>Burkholderia cepacia</i>	Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>
<i>Clostridium difficile</i>	<i>Mycobacterium abscessus</i>
<i>Clostridium sordellii</i>	Norovirus
Enterobacteriaceae (carbapenem-resistentes)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Gram-negative bacteria	<i>Staphylococcus aureus</i>
Hepatitis	Tuberculosis (TB)
Human Immunodeficiency Virus (HIV)	Vancomycin-intermediate <i>Staphylococcus aureus</i> e Vancomycin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>
Influenza	Vancomycin-resistant <i>Enterococci</i> (VRE)

difficile, *Clostridium sordellii*, *Mycobacterium abscessus*, Norovírus, Vírus da Imunodeficiência Humana, Vírus da Influenza (gripe).

Acinetobacter - bactérias comumente encontradas no solo e na água, sendo que o *Acinetobacter baumannii* é responsável por cerca de 80% das infecções relatadas. Aquando de surtos de *Acinetobacter* as infecções normalmente ocorrem em unidades de terapia intensiva e instalações de saúde onde se encontram doentes graves. Pode provocar diversas doenças, nomeadamente pneumonia e também pode “colonizar” ou viver num paciente sem causar infecção ou sintomas, especialmente em traqueostomia ou feridas abertas.

O *Acinetobacter* pode viver na pele e pode sobreviver no ambiente por várias semanas. Deve existir muita atenção com procedimentos de controlo de infecção, tais como a higiene das mãos e ambiente para reduzir o risco de transmissão. De acordo com Oliveira (2015) resistem à dissecação, aderem às superfícies e equipamentos formando biofilme e sobrevivem à dissecação durante várias semanas.

Burkholderia cepacia (*b. cepacia*) - conforme nos transmitem os CDC (2016) e Schwartz (2016) é o nome de um grupo ou “complexo” de bactérias que podem ser encontrados no solo e na água. *B. cepacia* costumam ser resistentes aos antibióticos

comuns. Têm pouco risco para pessoas saudáveis. Podem não existir sintomas, mas, eventualmente, surgirem infecções respiratórias graves.

De acordo com os CDC (2016) a *B. cepacia* pode ser transmitida a pessoas susceptíveis por: contato interpessoal, contato com superfícies contaminadas e exposição a *B. cepacia* no meio ambiente.

Clostridium difficile - segundo Schwartz (2016) trata-se de uma bactéria que provoca inflamação do cólon, com diarreia e febre. Normalmente ocorre de 7-10 dias de tratamento com antibióticos ou várias semanas após a conclusão do tratamento; um início abrupto de diarreia, eventualmente com sangue e febre pode ocorrer. Na acção dos interventores no socorro é da maior importância cumprir escrupulosamente os princípios de higiene.

Deve ser realçada a diferença entre indivíduo com colonização por *Clostridium difficile* e infectado com *Clostridium difficile* (Antunes 2015).

Em situações de suspeita ou doença confirmada por *Clostridium difficile* devem utilizar-se luvas ao entrar no quarto do doente e no contacto com este; após retirar as luvas as mãos devem ser adequadamente lavadas, porque a utilização de desinfecção com álcool não mata os esporos - a lavagem com água e sabão é mais eficaz. As luvas e outro material de protecção utilizado devem ser rigorosamente colocados num “saco branco” para eliminação.

Clostridium sordellii - igualmente de acordo com os CDC (2016) e Schwartz (2016), os sintomas de infecção provocados por este microorganismo incluem náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal às vezes sem febre. Síndrome do Choque Tóxico por *Clostridium sordellii*, de início brusco após aborto médico, com dor abdominal, sem febre, com taquicardia, hipotensão grave, edema. As medidas preventivas a tomar são, fundamentalmente, as preconizadas para o contacto com a estirpe bacteriológica anteriormente citada.

Mycobacterium abscessus - com base nas mesmas fontes, CDC (2016) e Schwartz (2016), é longinquamente aparentada com os mycobacterium causadores da tuberculose e da lepra, aparece na água, solo e poeira, podendo contaminar medicamentos e produtos, incluindo dispositivos médicos. Podem causar diversas infecções mais frequentemente da pele e do tecido celular sub-cutâneo, assim como também infecções pulmonares em doentes com patologia pulmonar crónica.

Quem contactar com local ou material infectado deve lavar as mãos cuidadosamente com água e sabão. Os pacientes devem seguir todas as instruções dadas pelo seu médico após qualquer cirurgia ou procedimento médico. Evitar actos/procedimento de não profissionais.

Norovírus - causam gastroenterite no ser humano, com início agudo de vômito e diarreia, que rapidamente cura. Contudo crianças pequenas, pessoas com outras patologias e idosos podem ter uma infecção mais grave ou prolongada.

Não estão indicados antibióticos; a disseminação é rápida, nomeadamente em instalações de saúde, creches, escolas, centros de dia, lares de 3ª idade, retiros/concentrações desportivas ou outras, eventos tais como festivais. Os sintomas incluem náuseas, vômitos, predominantemente em adultos e diarreia sobretudo nas crianças. Quando não existe ingestão adequada de líquidos para compensar os perdidos pelos vômitos, diarreia ou transpiração, pode surgir desidratação; esta cursa, entre outra sintomatologia, com diminuição da micção, boca e garganta secas, tonturas ao levantar, etc, necessitando de correcção hidroelectrolítica de acordo com os CDC (2016) e Kelly e Shandera (2016).

Os norovírus são identificáveis nas fezes e vômito dos infectados. O contacto directo com alguém infectado, comer alimentos ou beber líquidos contaminados, contactar com superfícies ou objectos contaminados pode dar origem à infecção.

Evitar o contacto do doente com outras pessoas não contaminadas, manter a higiene das mãos, usar vestuário e luvas adequadas, limpar e desinfetar superfícies e equipamentos em que o doente, vômito ou fezes tenham contactado, retirar e lavar as roupas contaminadas ou roupa de cama. Quando um trabalhador da saúde tem sintomas compatíveis com o norovírus, deve ser afastado da actividade até à cura.

Vírus da Gripe (Influenza) - muito frequente, com números por vezes alarmantes, anualmente, apesar de existir vacina. A Organização Mundial de Saúde (OMS 2016a) acompanha e divulga a atividade da gripe a nível mundial publicando actualização dos dados de duas em duas semanas, tendo como suporte os dados de actualização sobre a gripe.

Influenza na Interface Homem-Animal (HAI) - de acordo com OMS (2016b) “Os vírus da gripe em circulação em animais representam ameaças para a saúde humana. Os seres humanos podem

ficar doentes quando infectados com vírus de origem animal, tais como o vírus da gripe aviária, subtipos H5N1 e H9N2 e suínos, subtipos do vírus da gripe H1N1 e H3N2. O principal fator de risco para a infecção humana parece ser a exposição directa ou indirecta a animais vivos ou mortos infectados ou a ambientes contaminados.”

Vírus da imunodeficiência humana (HIV) - pode originar Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), destruindo células T CD4+ do sangue, fundamentais para a defesa do organismo humano, pelo que as vítimas são mais facilmente atingidas por outras doenças infecto-contagiosas e cancro.

Segundo a OMS (2016c) a comunidade internacional está empenhada em acabar com a epidemia de SIDA até 2030. Na Agenda para 2030 sobre Desenvolvimento Sustentável, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Setembro de 2015 foram estabelecidas metas a serem cumpridas até 2020, propondo estratégias para atingir esses objectivos, quer quanto aos países, quer quanto à própria OMS.

As normas profiláticas e de protecção individual e colectiva estão em permanente actualização no sítio da Direcção Geral de Saúde de Portugal.

Agentes Patogénicos não Evidenciados no DR 76/2007 e nos CDC

Porém, sem querermos ser exaustivos e obviamente a título de exemplo, entendemos dever elencar nas alíneas a), b), e c) alguns factores de risco e agentes patogénicos, procurando chamar a atenção para a necessidade de uma actualização científica sistemática face às inúmeras fontes de informação disponíveis:

a) Assim devemos evidenciar o que Cardoso e Polónia (2015), nos apresentam na TABELA III, excerto da original publicada integralmente no Manual Prático de Utilização de Anti-Infeciosos;

b) Entendemos dever igualmente, chamar a atenção de que a circulação de pessoas, animais, plantas e objectos pode fazer com que sejam importadas patologias de outros locais no Planeta. Por exemplo a Febre da Mordedura de Rato que, sendo pouco comum, pode ser causada pelo treponema *Spirillum minus* originário da Ásia (Philip 2016), ou pelo *Streptobacillus moniliformis* originário da América do Norte, podendo ser transmitida aos seres humanos, nomeadamente em zonas infestadas de ratos, a possuidores de ratos de estimação ou a trabalhadores de laboratórios

Outro tipo de patologia que se encontra em franca evidência nos últimos anos são as doenças pelos Vírus Ébola, conforme a realidade tem demonstrado, por exemplo, através dos casos de agentes de Saúde mortos por Ébola noutros países.

c) Na actual República Democrática do Congo, perto do rio Ébola, foi descoberto o vírus em 1976, mas têm surgido casos noutros países. Face aos estudos existentes (2016-04-01) parece ser de origem animal sendo os morcegos o reservatório mais provável.

A doença pode ser adquirida por contacto directo (fissuras/cortes na pele e membranas mucosas, nomeadamente olhos, nariz ou boca), contacto com sangue ou fluidos corporais tais como a urina, saliva, suor, fezes, vómito, leite materno, e esperma de infectado ou morto por Ébola, humano ou não, bem como objectos (bisturis,

TABELA III -. Factores de Risco e Agentes Patogénicos

TABLE III - Risk factors and Pathogenic Agent

Factor de Risco	Patogénicos
Mordedura Humana	Flora oral, incluindo <i>Eikenella corrodens</i>
Mordedura de Gato	<i>Pasteurella multocida</i>
Mordedura de Cão	<i>Capnocytophaga canimorsu</i> , <i>Pasteurella multocida</i>
Mordedura de Rato	<i>Streptobacillus moniliformis</i>
Contacto com Répteis	<i>Salmonella spp</i>
Contacto com Outros Animais	<i>Campylobacter spp</i> , <i>Bartonella henselae</i> , <i>Francisella tularensis</i> , <i>Bacillus anthracis</i> , <i>Yersinia pestis</i>
Aquisição em Ambientes Aquáticos	<i>Aeromonas hydrophila</i> , <i>Vibrio vulnificus</i> , <i>Mycobacterium marinum</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Salmonella spp</i>

pinças, agulhas e seringas, etc.) contaminados com fluidos corporais de doente com Ébola ou falecido por Ébola, bem como por morcegos infectados.

A Doença Ébola (já designado por Febre Hemorrágica Ébola) é rara e mortal, originada por estirpes do vírus Ébola que atingem primatas (humanos e não humanos).

Pertencem à família *Filoviridae*, género *Ebolavirus*. Estão identificadas cinco espécies, das quais quatro sabemos causarem doença: *Zaire ebolavirus*, *Sudan ebolavirus*; *Tai Forest ebolavirus* (ex *Costa do Marfim ebolavirus*) e *Bundibugyo ebolavirus*; o *Reston ebolavirus* parece, até agora, só ser causa de doença em primatas não humanos.

O contágio entre seres humanos pode originar grande disseminação. Comer ou tocar em animais infectados, nomeadamente outros primatas, pode levar ao contágio, como muito bem expressaram Savio e Coste-Savio (2015).

Os trabalhadores da Saúde, de acordo com a Orientação nº 013/2015 da Direcção Geral de Saúde e que cuidam de pacientes com Ébola, assim como familiares e amigos em contacto próximo com esses pacientes Ébola têm maior risco de adoecer, pois pode vir a surgir contacto com sangue ou fluidos corporais infectados. Para além de médicos e enfermeiros, também Bombeiros, tripulantes de ambulâncias, pessoal do INEM e pessoal dos serviços auxiliares de instituições de saúde, cuidadores de roupas pessoais ou de cama, macas, ambulâncias, hotéis ou outros locais onde possam ter pernoitado ou tido relações sexuais, tanatórios, funcionários de agências funerárias e coveiros podem estar em risco. Mobilização, reanimação, transporte e entrega de doente ou falecido por Ébola, bem como material que com ele tenha estado em contacto, por exemplo em operações de desencarceramento ou salvamento em afogamento ou quase afogamento, podem levar à transmissão dos Ébola. A taxa de mortalidade é de cerca de 50%, tendo anteriormente variado de 25% a 90%.

Os CDC e a Direcção Geral de Saúde têm disponíveis instruções sobre equipamentos de protecção individual adequados quanto à sua colocação, retirada e eliminação.

Isolamento

O isolamento não deve ser descuidado; em termos de súmula Fernandes *et al.* (2015), expressam os seguintes elementos, sobre o conceito de isolamento que definem como: “*Isolamento é o estabelecimento de barreiras físicas para limitar a transmissão de agentes infecciosos: no mesmo doente entre diferentes locais anatómicos; entre doentes; entre doentes e prestadores de cuidados e entre prestadores de cuidados e doentes*” a considerar aplicável ao caso em estudo. Além do exposto, os aludidos autores expendem quanto ao isolamento de contenção o que se encontra expresso na tabela seguinte, excerto da original publicada integralmente no Manual Prático de Utilização de Anti-Infecciosos (TABELA III).

Reflexões Conclusivas

Em Portugal, o socorro Extra-Hospitalar encontra-se integrado no SIEM, do qual fazem parte preponderante e muitíssimas vezes como primeiros interventores os Bombeiros, na medida em que os postos de Emergência Médica sediados nos quartéis dos CB's aliados aos Postos de Reserva para além de guarnições e viaturas não integradas nos PEM ou PR e que muitíssimas vezes actuam no terreno a fim de fazerem face às urgências Extra-Hospitalares.

Assim sendo, os Bombeiros, designadamente os Voluntários que são a grandíssima parte dos Bombeiros Portugueses, veem-se confrontados com situações em que os mesmos podem pôr em perigo não só a sua integridade física mas também a sua saúde pessoal, quer psíquica, quer somática designadamente no âmbito de doenças do foro infecto-contagioso (OSHA 2016 b).

Nesta ordem de ideias torna-se absolutamente necessário e extremamente pertinente que seja feita uma análise criteriosa e tanto quanto possível alargada com a finalidade de detectar patologia daquele tipo no sentido duma avaliação e monitorização clínica tendente a uma optimização na normalização da situação clínica.

O Clínico e o Perito Médico na área da Saúde Ocupacional necessitam estar alerta relativamente aos novos dados da Investigação, a nível Nacional e Internacional, relativamente a novas Patologias, quer do ponto de vista

TABELA IV - Isolamento.

TABLE IV - Isolation.

<p>De contenção</p> <p>Presença ou suspeita de infecção/colonização</p>	<p>Para prevenir a transmissão de microorganismos patogénicos de um doente para os outros e/ou para profissionais e ambiente.</p> <p>Quarto com pressão negativa - aerossóis</p> <p>Unidade sem diferencial de pressão- gotícula ou contacto</p>
---	--

Clínico e Terapêutico, quer do ponto de vista Médico-Legal, Pericial e Tanatológico, evitando considerar ser Patologia Não Ocupacional aquela que deve ser real e iniludivelmente considerada Patologia Ocupacional.

Bibliografia

- Antunes, R. (2015). Definição de colonização, infecção e estratificação de gravidade. In: Aragão I, Vasconcelos C (eds) *Manual Prático de Utilização de Anti-Infeciosos*, 2ª ed, Hospital de Santo António, Porto.
- Cardoso, T., Polónia J. (2015). Infecções da pele e tecidos moles. In: Aragão I, Vasconcelos C (eds) - *Manual Prático de Utilização de Anti-Infeciosos*, 2ª ed, Hospital de Santo António, Porto.
- Fernandes, A., Rodrigues P, Mota M. (2015). Tipos de Transmissão da infecção e precauções de isolamento. In: Aragão I, Vasconcelos C (eds) *Manual Prático de Utilização de Anti-Infeciosos*, 2ª ed, Hospital de Santo António, Porto.
- Julien, H. (2013). *La vie de la SFMC Le mot du président Médecine de catastrophe et devoir de transmission*, la Lettre de la Société Française de Médecine de Catastrophe SFMC, N° 73:2-3.
- Kelly, J. D, Shandera, W. X. (2016). Viral & Rickettsial Infections. In: Papadakis MA, McPhee S J (eds) *Current Medical Diagnosis & Treatment*, 55th ed, cap 32, McGraw-Hill, New York.
- Oliveira, J. (2015). Abordagem da infecção por Acinetobacter. In: Aragão I, Vasconcelos C (eds) *Manual Prático de Utilização de Anti-Infeciosos*, 2ª ed, Hospital de Santo António, Porto.
- Philip, S. (2016). Spirochetal Infections. In: Papadakis MA, McPhee S J (eds) *Current Medical Diagnosis & Treatment*, 55th ed, cap 33, McGraw-Hill, New York.
- Savio, C., Coste-Savio, S. (2015). *Reportage Ebola: une mission particulière en Afrique de l'Ouest*, la Lettre de la Société Française de Médecine de Catastrophe SFMC, N° 83 : 20-21.
- Schwartz, B. S. (2016). Bacterial & Chlamydial Infections. In: Papadakis MA, McPhee S J (eds) *Current Medical Diagnosis & Treatment*, 55th ed, cap 33, McGraw-Hill, New York.
- Sikorski, J., Swerhun, P., Lawrie, C., Macpate, F. (2012). Public Services Health and Safety Association (PSHSA) *Protecting HealthCare Workers from Infectious Diseases: A Self-Assessment Tool*, Toronto.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Healthcare-associated Infections (HAIs), Diseases and Organisms in Healthcare Settings (<http://www.cdc.gov/HAI/organisms/organisms.html>), acessado em 2016-04-09).
- Decreto Regulamentar n.º 76/2007, que actualiza o Decreto Regulamentar 6/2001 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade (<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AF267FFC-1E51-41DC-8736-D52019BCAB6F/0/0449904543.pdf>) acessado em 2016-04-07).
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Orientação n.º 013/2015 de 13/11/2015 Doença por vírus Ébola. Procedimentos perante uma exposição acidental, (www.dgs.pt) acessado em 2016-04-04).
- OCCUPATIONAL SAFETY & HEALTH ADMINISTRATION - OSHA (2016a) (<https://www.osha.gov/SLTC/emergencypreparedness/index.html>).
- OCCUPATIONAL SAFETY & HEALTH ADMINISTRATION - OSHA (2016 b) (<https://www.osha.gov/dcsp/products/topics/incidentinvestigation/index.html>).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS (2016 a). Influenza update - 260 de 04 April 2016 (http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2016 b). Influenza at the Human-Animal Interface (HAI) (www.who.int/influenza/human_animal_interface/en) acessado em 2016-04-11).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2016 c). Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021 (http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/GHSS_HIV_SP_06012016.pdf?ua=1) acessado em 2016-04-11).
- SIEM (2013). Versão 2.0, 1ª ed, INEM Lisboa (<http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108162916460041.pdf>).