

A epidemia da infecção VIH/sida é um problema mundial e um dos maiores desafios alguma vez lançados ao desenvolvimento e ao progresso sociais. As suas repercussões sociais e económicas são particularmente graves quando a perda de recursos humanos se concentra nos grupos com competências raras ou com formação profissional e administrativa de nível superior, nomeadamente no domínio da gestão. As consequências desta perda atingem proporções críticas quando afectam serviços e estruturas essenciais para assegurar uma resposta eficaz, tais como os sistemas nacionais de saúde.

Actualmente, não existe qualquer vacina para prevenir a infecção VIH/sida nem cura. A prevenção depende essencialmente das campanhas de sensibilização da opinião pública e da alteração dos comportamentos individuais num ambiente propício, uma tarefa que exige tempo e paciência. Em termos de tratamento, a terapêutica anti-retrovírica (TAR), cada vez mais eficaz e acessível, ajudou a preservar a saúde daqueles que têm acesso aos medicamentos, a prolongarem as suas vidas e a manterem os seus meios de subsistência.

Tendo em conta os seus mandatos complementares, a sua longa e estreita colaboração no domínio da saúde no trabalho e, mais recentemente, a sua parceria como co-patrocinadores do programa ONUSIDA, a OIT e a OMS decidiram conjugar os seus esforços para ajudar os serviços de saúde a reforçarem as suas capacidades e, desta forma, proporcionarem aos seus trabalhadores um ambiente de trabalho seguro, saudável e digno, dado que esta constitui a melhor forma de reduzir a transmissão da infecção VIH/sida e de outros patógenos transmissíveis pelo sangue, bem como de melhorar a prestação de cuidados de saúde aos doentes. Trata-se de uma questão fundamental, dado que os profissionais dos serviços de saúde, para além de prestarem cuidados de saúde básicos, tratam também de doentes com a infecção VIH/sida e gerem a administração e acompanhamento a longo prazo da terapêutica anti-retrovírica (TAR) numa altura em que, em muitos países, eles próprios são dizimados pela epidemia.



www.sida.pt



Escritório
em Lisboa

www.ilo.org/lisbon



Organização
Mundial
da Saúde



Organização
Internacional
do Trabalho

Directrizes conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e a infecção VIH/sida

Directrizes conjuntas OIT/OMS



sobre os serviços de saúde
e a infecção VIH/sida



Organização
Mundial
da Saúde



Organização
Internacional
do Trabalho

Directrizes conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e a infecção VIH/sida

Escritório da OIT em Lisboa

As publicações do *Bureau* Internacional do Trabalho gozam da protecção dos direitos de autor em virtude do Protocolo 2 anexo à Convenção Universal sobre Direito de Autor. No entanto, breves extractos dessas publicações podem ser reproduzidos sem autorização, desde que mencionada a fonte. Os pedidos para obtenção dos direitos de reprodução ou tradução devem ser dirigidos ao Serviço de Publicações da OIT (*Rights and Permissions*), International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland, ou por email: pubdroit@ilo.org. Os pedidos de autorização serão sempre bem vindos.

As bibliotecas, instituições e outros utilizadores registados poderão reproduzir cópias de acordo com as licenças obtidas para esse efeito. Por favor consulte o sítio www.ifrro.org para conhecer a entidade reguladora no seu país.

Directivas conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e o VIH/SIDA / Organização Internacional do Trabalho. - Genebra: OIT, 2007

p.104

Depósito Legal: 271149/08

ISBN: 9789228201567; 9789228201574 (web pdf)

International Labour Office

HIV / AIDS / medical personnel / health service / occupational health / occupational safety

15.04.2

Também disponível em Inglês: Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS (ISBN 92-2-117553-7), Copyright © International Labour Organization and World Health Organization, Geneva, 2005, Francês: *Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH / SIDA* (ISBN 92-2-117553-0), Copyright © Organisation Internationale du Travail et Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2005, Espanhol: *Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA* (ISBN 92-2-317553-4), Copyright © Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2005.

Tradução : Traducta

Revisão técnica : Comissão Nacional para a Infecção VIH/sida

Dados de catalogação do BIT

As designações constantes das publicações da OIT, que estão em conformidade com as normas das Nações Unidas, bem como a forma sob a qual figuram nas obras, não reflectem necessariamente o ponto de vista da Organização Internacional do Trabalho ou da Organização Mundial da Saúde, relativamente à condição jurídica de qualquer país, área ou território ou respectivas autoridades, ou ainda relativamente à delimitação das respectivas fronteiras.

As opiniões expressas em estudos, artigos e outros documentos são da exclusiva responsabilidade dos seus autores, e a publicação dos mesmos não vincula a Organização Internacional do Trabalho às opiniões neles expressas.

A referência a nomes de empresas e produtos comerciais e a processos ou a sua omissão não implica da parte da Organização Internacional do Trabalho qualquer apreciação favorável ou desfavorável.

Informação adicional sobre as publicações do BIT pode ser obtida no Escritório da OIT em Lisboa, Rua Viriato nº 7, 7º, 1050-233 LISBOA-PORTUGAL

Tel. +351 213 173 447, fax +351 213 140 149 ou directamente através da nossa página da internet www.ilo.org/lisbon

Impresso em Portugal

Prefácio

As presentes directrizes são o produto da colaboração entre a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde. Tendo em conta os seus mandatos complementares, a sua longa e estreita colaboração no domínio da saúde no trabalho e, mais recentemente, a sua parceria como co-patrocinadores do programa ONUSIDA, a OIT e a OMS decidiram conjugar os seus esforços para ajudar os serviços de saúde a reforçarem as suas capacidades e, desta forma, proporcionar aos seus trabalhadores um ambiente de trabalho seguro, saudável e digno, dado que esta constitui a melhor forma de reduzir a transmissão da infecção VIH/sida e de outros patógenos transmissíveis pelo sangue e de melhorar a prestação de cuidados de saúde aos doentes. Trata-se de uma questão fundamental, dado que os profissionais dos serviços de saúde, para além de prestarem cuidados de saúde básicos, tratam também de doentes com a infecção VIH/sida e gerem a administração e acompanhamento a longo prazo da terapêutica anti-retrovírica (TAR) numa altura em que, em muitos países, eles próprios são dizimados pela epidemia.

O Conselho de Administração da OIT decidiu, na sua 290ª sessão (Junho de 2004), que deveria haver uma reunião de especialistas com vista a elaborar as directivas comuns OIT/OMS sobre os serviços de saúde e o a infecção VIH/sida. O Conselho da Administração, na sua 291ª sessão, realizada em Novembro de 2004, decidiu que a reunião de especialistas teria lugar de 19 a 21 de Abril de 2005. Os presentes na reunião propuseram a seguinte estrutura: nomear cinco especialistas após consulta aos governos de cinco países escolhidos pela OMS com a concordância da OIT, nomear cinco especialistas após consulta ao grupo dos empregadores do Conselho da Administração da OIT, e nomear cinco especialistas após consulta ao grupo de trabalhadores do Conselho da Administração da OIT. Além dos cinco especialistas do grupo de empregadores e dos cinco especialistas do grupo de trabalhadores, participaram igualmente nas reuniões quatro especialistas provenientes dos governos seleccionados. Foi nomeado também um presidente independente, escolhido após consulta ao governo de um país suplementar. Em concordância com a OMS foi decidido que o objectivo da reunião seria examinar e adoptar uma série de directivas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e a infecção VIH/sida.

Lista de participantes

Presidente

- Dr. Lester Wright, Comissário Adjunto/Médico-Chefe, Departamento de Serviços Prisionais do Estado de Nova Iorque, Albany, Nova Iorque (EUA)

Especialistas nomeados pelos governos

- Dr.^aThérèse Nkoa Ng'Awono, Chefe do Serviço de Segurança Transfusional, Ministério da Saúde Pública, Yaoundé (Camarões)
- Dr.^a Bélgica Bernales Contreras, Instituto de Saúde Pública, Técnica de saúde ocupacional em Medicina do Trabalho, Santiago do Chile, (Chile)
- Dr.^a Zulmiar Yanri, Directora, Normas de Segurança e Saúde no Trabalho, Direcção-Geral das Relações Laborais e das Normas do Trabalho, Ministério do Emprego e da Transmigração, Jakarta Selatan (Indonésia)
- Dr. Oleg Yurin, Director Adjunto, Centro Federal de Metodologia Científica para a SIDA, Moscovo (Federação da Rússia)

Especialistas nomeados pelos empregadores

- Dr. David Barnes, Consultor de Medicina no Trabalho, Serviços de Saúde Anglo Gold, Western Levels (África do Sul)
- Dr. Horace Fisher, Membro do Conselho, Federação de Empregadores da Jamaica, Kingston (Jamaica)
- Samir A. Khalil, Director Executivo, Política de Combate ao VIH & Relações Externas, Saúde Humana – Europa, Médio Oriente e África, Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, Nova Jersey (EUA)
- Joel Orenge Momanyi, Consultor Principal de Formação em Gestão e Coordenador do Programa de para a infecção VIH/sida, Federação de Empregadores do Quénia, Nairobi (Quénia)
- Dr. Vichai Vanadurongwan, Presidente, Srivichai Hospital Group, Bangucoque (Tailândia)
Consultor: Dr. Prayong Temchavala, Consultor do Srivichai Hospital Group, Bangucoque (Tailândia)

Especialistas nomeadas pelos trabalhadores

- Darryl Alexander, Directora, Saúde e Segurança no Trabalho, Federação Americana de Professores, Washington DC (EUA)
- Gilberte Apovo Gbedolo, Confederação de organizações sindicais independentes (COSI-Benim), Cotonou (Benim) Consultora técnica: Maaïke Van der Velden, Federação Internacional dos Serviços Públicos (INFEDOP), Amesterdão (Países Baixos)
- Gazela Fayers, Sindicato do Pessoal Hospitalar da África do Sul, Queenswood ZA, Pretória (África do Sul)
- Dr.^a Suniti Solomon, Directora, Centro YRG de Investigação e Educação sobre SIDA, Chennai (Índia)
- Irei Vuoriluoto, Responsável pela Política de Pessoal, Sindicato dos Profissionais da Saúde e dos Serviços Sociais, Tehy, Helsínquia (Finlândia)
- Consultora técnica: Hope Daley, UNISON, Chefe de Saúde e Segurança, Londres (Reino Unido)

Representantes das Nações Unidas, de organismos especializados e de outras organizações internacionais oficiais

- Gabinete das Nações Unidas para o Controlo da Droga e a Prevenção do Crime, Dr. Christian Kroll, Chefe da Unidade Infecção VIH/sida, Viena (Áustria)

Representantes de organizações internacionais não governamentais

- Confederação Internacional de Sindicatos Livres (CISL): Anna Biondi, Directora, Raquel Gonzalez, Directora Adjunta, Genebra (Suíça), Clementine Dehwe, Coordenadora do Programa da Global Unions sobre Infecção VIH/sida, Bruxelas (Bélgica)
- Aliança Cooperativa Internacional (ACI): Maria Elena Chavez Hertig, Directora-Geral Adjunta, Genebra
- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE): Dr. Tesfamichael Ghebrehiwet, Consultor, Política de Enfermagem e de Saúde, Genebra
- Organização Internacional de Empregadores (OIE): Jean De-jardin, Consultor, Frederick Muia, Consultor Regional para África, Barbara Perkins, Consultora, Genebra

- Federação Internacional Farmacêutica (FIP): Luc Besançon, Ordem dos Farmacêuticos, Paris (França)
- Public Services International: Alan Leather, Secretário-Geral Adjunto, Ferney-Voltaire (França)
- Confederação Mundial do Trabalho: Hervé Sea, Representante permanente, Genebra
- INFEDOP: Bert Van Caelenberg, Secretário-Geral, Bruxelas
- Fórum Económico Mundial – Global Health Initiative (WEF-GHI): Jason Liu, Genebra

Secretariado da OIT

- Dr. Benjamin Alli, Director interino, Programa Global da OIT sobre a infecção VIH/sida e o Mundo do Trabalho
- Norman Jennings, Director interino do Departamento de Actividades Sectoriais
- Susan Leather, Chefe da Unidade de Actividades de Sensibilização e Publicação, Programa Global da OIT sobre a infecção VIH/sida e o Mundo do Trabalho
- Susan Maybud, Especialista em Serviços de Saúde, Departamento de Actividades Sectoriais
- Anamaria Vere, Especialista em Desenvolvimento de Informação, Departamento de Actividades Sectoriais

Secretariado da OMS

- Sandra Black, Técnica, Programa VIH/sida
- Dr. Charles Gilks, Director, Coordenador da Equipa para a Melhoria do Tratamento e da Prevenção da Infecção VIH/sida
- Reverendo Cónego Ted Karpf, Responsável pelas parcerias
- Susan Wilburn, Medicina no Trabalho e Saúde Ambiental
- Dr.^a Jean Yan, Cientista-Chefe de Enfermagem e Obstetrícia, Recursos Humanos para a Saúde

Pessoas-recurso

- Dr.^a Kristine Gebbie, Directora do Centro de Política de Saúde e Estudos Doutorais, Universidade de Columbia, Escola de Enfermagem, Nova Iorque, EUA
- Isaac Obadia, ex-funcionário da OIT, SAFEWORK

Índice

Índice	Página
Prefácio	III
Lista de participantes	IV
Acrónimos	IX
Glossário	XI
Introdução	1
Objectivo	3
Âmbito e conteúdo	4
Princípios	4
Enquadramento jurídico e político	6
O papel do governo	6
Política para o desenvolvimento e gestão de sistemas nacionais de saúde que visam dar resposta à infecção VIH/sida	9
O papel das organizações de empregadores e de trabalhadores	10
O sector da saúde como local de trabalho	11
Reconhecimento da infecção VIH/sida como uma questão relacionada com o local de trabalho	12
Estigmatização e discriminação no sector da saúde	12
Género: questões relevantes para as mulheres e para os homens	14
Diálogo social	15
Segurança e saúde no trabalho	17
Sistemas de gestão da SST	17
Prevenção e protecção contra patógenos infecciosos	18
<i>Gestão dos riscos</i>	19
<i>Identificação dos perigos</i>	20
<i>Avaliação dos riscos</i>	21
<i>Controlo dos riscos</i>	22
Práticas de trabalho seguras	24
<i>Manuseamento seguro de objectos cortantes e perfurantes e de material de injeção descartável</i>	25
<i>Limpeza, desinfeção e esterilização do equipamento</i>	26
<i>Limpeza de sangue derramado</i>	27
<i>Manuseamento e eliminação de cadáveres</i>	27
<i>Lavandaria</i>	28
<i>Gestão de resíduos</i>	28
Acompanhamento e avaliação	29

Gestão de incidentes devido a exposição	31
Sistema de resposta em caso de exposição	31
Medidas imediatas	32
Medidas de acompanhamento	32
Análise e registos	32
Cuidados, tratamento e apoio	33
Aconselhamento e testes voluntários	33
Divulgação e confidencialidade	34
Tratamento	35
Segurança no trabalho e promoção profissional	35
<i>Condições de trabalho</i>	36
<i>Adaptação adequada</i>	36
<i>Programas de assistência aos funcionários</i>	37
<i>Protecção social</i>	38
Conhecimento, educação e formação	38
Investigação e desenvolvimento	41
Apêndice 1 – Fundamentos para a acção no plano internacional	42
Fichas informativas	47
1. Caracterização dos riscos: vírus da hepatite e VIH	48
2. O ciclo de gestão da segurança e saúde no trabalho	51
3. Modelo para uma estrutura dos sistemas de gestão de SST de um hospital	52
4. Hierarquia dos controlos aplicados ao risco de exposição a patógenos transmissíveis pelo sangue	55
5. Prevenção da infecção nosocomial por VIH através de medidas de precaução básicas	56
6. Segurança das injeções	61
7. Medidas destinadas a reduzir os riscos durante as intervenções cirúrgicas	65
8. Métodos de esterilização e de desinfecção de alto nível	69
9. Gestão de resíduos hospitalares em condições de segurança	76
10. Descrição sumária do processo de gestão da exposição profissional a patógenos transmissíveis pelo sangue	83
11. Educação e formação no local de trabalho	85
12. Fontes de informação seleccionadas sobre as políticas, a regulamentação e as técnicas relativas à infecção VIH/sida, disponíveis na Internet	86

Acrónimos

EGSS	Estratégia Global para o Sector da Saúde (OMS)
GRH	Gestão de resíduos hospitalares
IGHB	Imunoglobulina da hepatite B
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a infecção VIH/sida
PPE	Profilaxia pós-exposição
SGSST	Sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho
SIDA	Síndrome da imunoDeficiência adquirida
SST	Serviços de saúde no trabalho
TAR	Terapêutica anti-retrovírica
TBMR	Tuberculose multirresistente
VTs	Vírus transmissível pelo sangue
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C

Glossário

As definições que se seguem foram retiradas das directrizes e normas técnicas da OIT e da OMS, bem como da base de dados terminológica do Programa ONUSIDA.

- **Cessação da relação de trabalho:** nas presentes directrizes, cessação da relação de trabalho por iniciativa do empregador, em conformidade com a Convenção (n.º 158) da OIT relativa à cessação da relação de trabalho por iniciativa do empregador, de 1982.
- **Diálogo social:** pode assentar num processo tripartido, em que o governo participa oficialmente no diálogo, ou num processo bipartido entre os empregadores e os trabalhadores ou as respectivas associações, com ou sem a participação indirecta do governo.
- **Discriminação:** nas presentes directrizes, este termo é definido em conformidade com a Convenção (n.º 111) da OIT relativa à discriminação no emprego e profissão, de 1958, e abrange o estatuto VIH. Abrange igualmente a discriminação com base no estatuto VIH presumido de um trabalhador, nela se incluindo a discriminação em razão da orientação sexual.
- **Empregador:** qualquer pessoa ou organização que empregue trabalhadores ao abrigo de um contrato de trabalho escrito ou verbal, no qual sejam estabelecidos os direitos e deveres de ambas as partes, em conformidade com a legislação e a prática nacionais. Podem ser empregadores os governos, as autoridades públicas, as empresas privadas e os particulares.
- **Equipamento de protecção individual (EPI):** equipamento concebido para proteger os trabalhadores de acidentes de trabalho ou doenças profissionais graves resultantes do contacto com fontes de perigo químicas, radiológicas, físicas, eléctricas, mecânicas ou outras fontes de perigo existentes no local de trabalho. Para além das viseiras, óculos de protecção, capacetes e calçado de segurança, o equipamento de protecção individual compreende diversos dispositivos e peças de vestuários, tais como fatos de macaco, luvas, coletes, protectores auriculares e máscaras.
- **Exposição:** uma exposição susceptível de colocar os profissionais de saúde em risco de infecção por VHB, VHC ou VIH devido a uma lesão percutânea (por ex., a picada de uma agulha ou um corte com um objecto afiado) ou por contacto com uma membrana mucosa ou pele não intacta (por ex. pele exposta

que apresente feridas, escoriações ou dermatite) contaminada com sangue, ou com tecidos ou outros líquidos orgânicos potencialmente infecciosos.

- **Hierarquia de controlo:** método para estabelecer prioridades nas estratégias e medidas de controlo dos riscos profissionais, em função da sua eficácia: eliminação, substituição, controlos técnicos, controlos administrativos e de práticas de trabalho, equipamento de protecção individual (EPI).

- **IST:** infecções sexualmente transmissíveis, tais como sífilis, cancro mole, infecção por clamídia e gonorreia, vulgarmente designadas por doenças sexualmente transmissíveis (DST).

- **Líquidos e tecidos orgânicos:** podem conter patogénios infecciosos, devendo ser tratados com as mesmas precauções que o sangue. Incluem: líquido cérebro-espinhal, peritoneal, pleural, pericárdico, sinovial e amniótico; sêmen, secreções vaginais e leite materno; qualquer outro líquido orgânico visivelmente contaminado com sangue, nomeadamente saliva em casos associados a odontologia; e tecidos e órgãos não fixos.

- **Local de trabalho:** todos os locais onde os trabalhadores devam estar presentes ou para onde se devam deslocar por razões de trabalho e que se encontram sob o controlo directo ou indirecto do empregador.

- **Perigo:** potencial intrínseco de um material ou de uma situação para causar danos à saúde das pessoas ou danos materiais.

- **Adaptação adequada:** toda a alteração ou ajustamento do emprego, do horário ou do local de trabalho que seja razoavelmente praticável e que permita a uma pessoa que viva com a infecção VIH/sida (ou outra doença ou deficiência crónica) ter acesso ao emprego, desempenhar as suas funções ou progredir profissionalmente.

- **Precauções básicas:** medidas destinadas a evitarem a transmissão de infecções durante a prestação de cuidados de saúde, incluindo métodos de manuseamento de resíduos, bem como precauções básicas para evitar a exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos, que devem ser adoptadas em relação a todos os doentes, independentemente do diagnóstico.

- **Profilaxia pós-exposição:** administração imediata de medicamentos após exposição a sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectados, a fim de minimizar o risco de infecção. A terapêutica preventiva ou “profilaxia primária” é administrada a indivíduos em risco a fim de evitar uma primeira infecção; a “profilaxia secundária” visa prevenir infecções recorrentes.

- **Profissional de saúde:** pessoa (por ex., enfermeiro, médico, farmacêutico, técnico, agente funerário, dentista, estudante,

prestador de serviços, clínico assistente, agente de segurança pública, pessoal de intervenções de urgência, trabalhador responsável pelos resíduos hospitalares, pessoal das equipas de primeiros socorros e voluntários) cuja actividade envolve o contacto com doentes ou com sangue ou outros líquidos orgânicos dos mesmos.

● **Programas de bem-estar:** para efeitos das presentes directrizes, programas completos de cuidados de saúde, que visam dotar as pessoas infectadas por VIH de um grau de funcionalidade adequado.

● **Rastreio:** série de testes destinados a avaliar o estado serológico face ao VIH, quer de forma directa (teste VIH) ou indirecta (avaliação dos comportamentos de risco, perguntas sobre os medicamentos administrados).

● **Representantes dos trabalhadores:** nas presentes directrizes, este termo é definido em conformidade com a Convenção (n.º 135) da OIT relativa aos representantes dos trabalhadores, de 1971, ou seja, as pessoas reconhecidas como tal pela legislação e pela prática nacionais, quer se trate de: a) representantes sindicais, como sejam os representantes nomeados ou eleitos pelos sindicatos ou pelos seus membros; ou (b) representantes eleitos, como sejam os representantes livremente eleitos pelos trabalhadores da empresa, em conformidade com as disposições das leis e regulamentos nacionais ou de convenções colectivas, e cujas funções não se estendam a actividades que, nos países em causa, sejam consideradas uma prerrogativa exclusiva dos sindicatos.

● **Resíduos hospitalares:** todo o material descartado por um estabelecimento que presta serviços médicos e de saúde, susceptível de conter resíduos clínicos. Entende-se por resíduos clínicos os resíduos provenientes da prática médica, de enfermagem, estomatologia, veterinária, farmacêutica ou de origem semelhante, bem como de actividades de investigação, tratamento, cuidados ou ensino que, devido à natureza tóxica, infecciosa ou perigosa do seu conteúdo, podem apresentar riscos ou ter efeitos nocivos, a menos que sejam tomadas medidas para garantir a sua segurança e inocuidade. Entre estes resíduos contam-se os tecidos humanos ou animais, os medicamentos e produtos médicos, compressas, pensos, instrumentos e substâncias e materiais semelhantes.

● **Risco:** probabilidade de ocorrência de um evento perigoso, associada à gravidade das lesões ou dos danos que o mesmo causa à saúde das pessoas ou a bens.

● **Seroconversão:** produção de anticorpos contra um determinado antigénio. Quando o organismo produz anticorpos contra o VIH, dá-se uma “seroconversão” e as pessoas passam de seronegativas a seropositivas. A produção de anticorpos contra o vírus poderá ocorrer apenas uma semana após a infecção pelo

VIH ou demorar vários meses. Depois dos anticorpos contra o VIH aparecerem no sangue, o resultado do teste serológico deverá ser positivo.

● **Serviços de saúde:** todas as infra-estruturas e estabelecimentos associados à prestação de cuidados de saúde gerais ou especializados a doentes ou serviços de apoio, tais como hospitais públicos e privados, centros de enfermagem e de cuidados pessoais, serviços de colheita de sangue, serviços de cuidados de saúde domiciliários, consultórios de médicos, osteopatas, estomatologistas e outros profissionais de saúde, laboratórios médicos e dentários, clínicas, serviços de saúde no trabalho, centros de saúde comunitários, dispensários, agências funerárias e serviços de maternidade.

● **Serviços de saúde no trabalho (SST):** nas presentes directrizes, este termo é definido em conformidade com a Convenção (n.º 161) da OIT sobre os serviços de saúde no trabalho, de 1985 e refere-se aos serviços de saúde existentes no local de trabalho ou a este afectos, investidos essencialmente de funções preventivas e encargos de aconselhar o empregador, os trabalhadores e os respectivos representantes sobre as condições necessárias para criar e manter um ambiente e métodos de trabalho seguros e saudáveis, que favoreçam uma saúde física e mental óptima. Os SMT prestam ainda aconselhamento sobre a adaptação das tarefas à capacidade dos trabalhadores, tendo em conta o seu estado de saúde físico e mental.

● **Sexo e género:** existem entre homens e mulheres diferenças não só biológicas, mas também sociais. O termo “sexo” evoca as diferenças biológicas, enquanto o termo “género” designa as diferenças entre as funções sociais desempenhadas pelos homens e pelas mulheres e as relações entre eles. As funções tipicamente desempenhadas por homens e por mulheres provêm da socialização e variam muito de uma cultura para outra e no seio de uma mesma cultura. Estas funções são influenciadas pela idade, classe, raça, etnia e religião, bem como pelo contexto geográfico, económico e político.

● **SIDA:** síndrome da imunodeficiência adquirida. Traduz-se num conjunto de quadros clínicos frequentemente denominados por “infecções e cancro oportunistas”, para os quais não existe actualmente cura.

● **VIH:** vírus da imunodeficiência humana. Um vírus que enfraquece o sistema imunitário e conduz, por último, à SIDA.

● **Terapêutica anti-retrovírica:** conjunto de medicamentos que visam minimizar os efeitos da infecção por VIH, mantendo o nível do vírus no sangue tão baixo quanto possível.

Introdução

1

A epidemia da infecção VIH/sida é um problema mundial e um dos maiores desafios alguma vez lançados ao desenvolvimento e ao progresso sociais. Muitos dos países mais pobres do mundo são também os mais afectados, tanto em termos do número de pessoas infectadas como da magnitude do impacto da epidemia. Tal reduz a capacidade da grande maioria das pessoas que vivem com a infecção VIH/sida e que se encontram na fase activa da sua vida, das quais cerca de metade são mulheres que, actualmente, estão a ser infectadas a um ritmo mais acelerado do que os homens. As consequências fazem-se sentir tanto ao nível das empresas e das economias nacionais como ao nível dos trabalhadores e das respectivas famílias. Neste contexto, os governos têm a obrigação de colocarem em prática as disposições da Declaração de compromisso sobre a infecção VIH/sida das Nações Unidas (2001),¹ que estabelece o compromisso de reforçar os sistemas de saúde, de desenvolver os tratamentos e de dar resposta ao problema da infecção VIH/sida no mundo do trabalho, multiplicando os programas de prevenção e de assistência nos locais de trabalho públicos, privados e informais.

2

Actualmente, não existe qualquer vacina para prevenir o VIH, nem cura. A prevenção depende essencialmente das campanhas de sensibilização da opinião pública e da alteração dos comportamentos individuais num ambiente propício, uma tarefa que exige tempo e paciência. Em termos de tratamento, as terapias anti-retrovirais, cada vez mais eficazes e acessíveis, têm ajudado a preservar a saúde, a prolongar as vidas e a manter os meios de subsistência daqueles que têm acesso a esses medicamentos. Os esforços e iniciativas em curso, conduzidos conjuntamente pelos Estados, empregadores e organizações internacionais visam ajudar os países mais afectados a aceder de uma forma mais rápida a estas terapias, assim como a reforçar as campanhas de prevenção a nível mundial. No entanto, para tratar um elevado número de pessoas, são necessários sistemas de saúde eficazes, dotados dos recursos necessários para administrar e acompanhar os tratamentos, que assegurem simultaneamente uma prevenção contínua e a prestação de cuidados e apoio a longo prazo.

¹ Declaração de compromisso sobre a infecção VIH/sida, resolução A/RES/S-62/2 da Assembleia-geral das Nações Unidas, Junho de 2001.

3

Presente em todos os sectores económicos e em todos os domínios da vida social, a epidemia da infecção VIH/sida constitui uma ameaça ao crescimento e ao desenvolvimento a longo prazo. As repercussões sociais e económicas são particularmente graves quando a perda de recursos humanos se concentra nos grupos com competências raras ou com formação profissional e administrativa de nível superior, nomeadamente no domínio da gestão. As consequências desta perda atingem proporções críticas quando afectam serviços e estruturas essenciais para assegurar uma resposta eficaz, tais como os sistemas nacionais de saúde.

4

Os sistemas de saúde estão sujeitos a pressões enormes. Embora os cuidados de saúde sejam um direito humano fundamental² e mais de 100 milhões de profissionais de saúde prestem serviços em todo o mundo,³ o objectivo de “saúde para todos” está longe de ser alcançado. Foram identificados obstáculos a diferentes níveis, nomeadamente a implementação de políticas de ajustamento estrutural que levam à redução da despesa pública e do emprego, deficiências na gestão das políticas e estratégias do sector da saúde, a falta de infra-estruturas, equipamentos e recursos humanos, que dificultam a prestação de serviços de saúde.⁴ Entre os problemas identificados pela OMS a nível de recursos humanos, contam-se a quantidade e a qualidade do pessoal, a desmoralização dos profissionais de saúde e enormes lacunas tanto na formação inicial como na formação interna. A epidemia da infecção VIH/sida é mais um factor importante que está a sobrecarregar o sistema de saúde de vários países. Nos países da África subsaariana, mais de 50 por cento das camas dos hospitais estão ocupadas por pessoas afectadas por uma doença associada ao VIH, embora a maioria receba cuidados no domicílio. Uma vez que as tarefas domésticas e de cuidados familiares são tradicionalmente desempenhadas por mulheres, é também sobre elas que recai o dever de cuidar destes doentes. Para além de implicar uma carga de trabalho adicional, prejudica igualmente as funções produtivas, reprodutivas e comunitárias vitais que elas normalmente desempenham. É necessário proporcionar educação, formação e apoio para que elas possam desempenhar esta função de cuidados no domicílio.

² O “direito à saúde” é uma forma abreviada do “direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”.

³ Human resources for health: Overcoming the crisis, Joint Learning Initiative (Harvard, 2004).

⁴ OMS: Scaling up HIV/AIDS care: Service delivery and human resources perspectives (Geneva, 2004), http://www.who.int/entity/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf.

5

O principal modo de transmissão do VIH está associado aos comportamentos individuais. Porém, não é a única. Os profissionais de saúde, ao prestarem cuidados a doentes com a infecção VIH/sida, estão também expostos a um risco de transmissão, especialmente nos casos em que não são aplicadas regras básicas de segurança e saúde no trabalho. A sobrecarga de trabalho resultante da epidemia, o medo da contaminação e a ausência de disposições adequadas sobre segurança e saúde ou de formação específica no domínio da infecção VIH/sida colocam os profissionais de saúde sob uma enorme pressão psicológica e física. Estes problemas são muitas vezes agravados pela falta de pessoal, pelas longas horas de trabalho e pela violência. Sujeitos a tantas pressões, muitos são forçados a abandonar a sua profissão, abandonar o sector público ou a emigrar para outros países em busca de trabalho. Devido ao receio do estigma associado aos profissionais de saúde, são cada vez menos as pessoas que abraçam esta profissão nos países em desenvolvimento, sobretudo ao nível dos profissionais de primeira linha, como os enfermeiros. Esta situação vem exacerbar a incapacidade do sistema de saúde para fazer face à infecção VIH/sida.

6

É fundamental que os serviços de saúde disponham de pessoal qualificado em número suficiente, de recursos adequados e de condições de segurança para controlarem a transmissão do VIH e prestarem cuidados, tratamento e apoio àqueles que deles necessitam. A multiplicidade de questões que isto implica exige a adopção de políticas coerentes e integradas para desenvolver as infra-estruturas e as capacidades técnicas e humanas necessárias.

Objectivo

7

As presentes directrizes visam promover a gestão eficaz da infecção VIH/sida nos serviços de saúde, incluindo a prevenção da exposição profissional. Outro dos seus objectivos consiste em garantir aos profissionais de saúde condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis, assegurando simultaneamente uma prestação eficaz de cuidados no respeito das necessidades e direitos dos doentes, especialmente daqueles que vivem com a infecção VIH/sida. Estas directrizes baseiam-se no princípio básico de que o processo de definição e implementação de políticas deve ser o produto de consultas e da colaboração entre todas as partes interessadas, assente no diálogo social, e abranger, na medida do possível, as pessoas e os trabalhadores

que vivem com a infecção VIH/sida. Estas directrizes reflectem uma abordagem à infecção VIH/sida baseada nas recomendações da Declaração de Compromisso e da comunidade internacional no seu conjunto, apresentando os instrumentos da OIT e da OMS sobre a infecção VIH/sida, assim como sobre a higiene e segurança no trabalho.

Âmbito e conteúdo

8

As presentes directrizes têm por destinatários os governos, empregadores públicos e privados, trabalhadores e seus representantes, associações profissionais, instituições científicas e académicas, bem como todos os outros grupos e organismos com responsabilidades e actividades relevantes para a prestação de cuidados de saúde. Pretende-se com elas criar um quadro de acção e de referência técnica para as estruturas dos serviços de saúde de grande, média ou pequena dimensão, que poderão adaptá-lo às suas necessidades e capacidades.

9

As directrizes abrangem a legislação, a definição de políticas, as relações laborais, a segurança e saúde no trabalho e outros assuntos técnicos. Analisam as bases de acção, identificam funções e responsabilidades, definem as principais políticas e acções necessárias para uma gestão eficaz da infecção VIH/sida nos serviços de saúde e mencionam referências essenciais em cada secção. São também fornecidas informações práticas sobre os aspectos técnicos mais relevantes da segurança e saúde no trabalho sob a forma de fichas informativas concisas, adaptadas a partir de uma série de fontes nacionais e internacionais fiáveis.

Princípios

10

As presentes directrizes reflectem os dez princípios fundamentais da Colectânea das Directivas Práticas sobre o VIH/sida no Mundo do Trabalho do BIT, que são aplicáveis a todos os aspectos da infecção VIH/sida e a todos os locais de trabalho, incluindo o sector da saúde.

(a) **Uma questão associada ao local de trabalho:** a infecção VIH/sida é uma questão associada ao local de trabalho, não só porque afecta os trabalhadores, mas também porque o local de trabalho pode desempenhar um papel fundamental na minimização dos riscos de transmissão e dos efeitos da epidemia.

- (b) **Não discriminação:** os trabalhadores não devem ser vítimas de discriminação ou estigmatização por motivo do seu estatuto real ou presumido de VIH.
- (c) **Igualdade de género:** uma maior igualdade nas relações entre homens e mulheres e a capacitação das mulheres são vitais para prevenir a transmissão do VIH e ajudar as pessoas a gerirem o seu impacto.
- (d) **Ambiente de trabalho saudável:** o local de trabalho deve minimizar os riscos profissionais e ser adaptado à saúde e capacidades dos trabalhadores.
- (e) **Diálogo social:** o sucesso das políticas e programas sobre a infecção VIH/sida depende, em grande parte, da cooperação e confiança entre empregadores, trabalhadores e governos.
- (f) **Proibição do rastreio para fins de emprego:** os testes VIH no local de trabalho devem ser realizados em conformidade com o disposto nas recomendações práticas, devem ser voluntários e confidenciais e nunca devem ser utilizados para seleccionar candidatos a emprego ou os trabalhadores.
- (g) **Confidencialidade:** o acesso a dados pessoais, incluindo os dados sobre o estatuto VIH de um trabalhador, deve estar sujeito às regras de confidencialidade estabelecidas nos instrumentos da OIT sobre esta matéria.⁵
- (h) **Manutenção da relação de emprego:** as pessoas afectadas por doenças associadas ao VIH devem poder continuar a trabalhar, em condições adequadas, enquanto o seu estado de saúde o permitir.
- (i) **Prevenção:** os parceiros sociais ocupam uma posição privilegiada para desenvolver esforços de prevenção através da informação, educação e incentivo à mudança de comportamentos.
- (j) **Assistência e apoio:** os trabalhadores têm direito a serviços de saúde acessíveis e às prestações sociais dos regimes obrigatórios e profissionais.

11

Em alguns domínios mencionados no presente documento, foi necessário aprofundar estes princípios para tomar em consideração os problemas específicos suscitados pela infecção VIH/sida no sector da saúde. Por exemplo, pode ser necessário submeter os profissionais de saúde ao teste de despistagem do VIH antes e durante a sua missão em áreas de risco elevado para a sua saúde, tais como enfermarias com doentes com tuberculose multirresistente (TBMR).

⁵ Ver Apêndice 1.

Enquadramento jurídico e político

12

O quadro de acção em matéria da infecção VIH/sida e dos serviços de saúde é constituído por um conjunto de leis e políticas nacionais, entre as quais políticas relativas ao sector da saúde e à SIDA, legislação do trabalho, normas e regulamentos sobre segurança e saúde no trabalho, legislação anti discriminatória e leis e regulamentos aplicáveis ao sector da saúde.

13

A participação das pessoas que vivem com a infecção VIH/sida na definição das medidas destinadas a fazer face a esta doença é importante, na medida em que são elas as primeiras a serem afectadas pelas políticas e leis adoptadas. Por conseguinte, os profissionais do sector da saúde que convivem com a infecção VIH/sida e as respectivas associações devem, na medida do possível, desempenhar um papel central na elaboração, implementação e avaliação das políticas e programas, tanto ao nível nacional como no local de trabalho.

O papel do governo

14

A responsabilidade do governo consiste em assegurar uma abordagem coordenada em todos os sectores, promover e apoiar a adopção de um maior número possível de normas nos serviços de saúde, especialmente no que respeita às condições de trabalho e aos cuidados prestados aos doentes, bem como disponibilizar os recursos necessários, nomeadamente recursos financeiros. Para planear e implementar eficazmente as políticas e a legislação nacionais, é necessário um processo alargado de consulta que envolva os empregadores e profissionais dos serviços de saúde, os respectivos representantes, as associações profissionais, as pessoas que vivem com a infecção VIH/sida e todas as outras partes interessadas, bem como sistemas de fiscalização eficazes.

15

No contexto específico do sector da saúde, o governo exerce uma tripla função: a de entidade reguladora, a de agente responsável

⁶ ILO: HIV/AIDS and the world of work, An ILO Code of practice (Geneva, 2001), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000008.pdf>

pela efectiva aplicação das leis e regulamentos, e a de empregador. Por este motivo, deve assegurar a separação entre estas funções, de modo a minimizar os conflitos de interesse e a proteger adequadamente os direitos dos trabalhadores, especialmente nos casos em que as organizações de trabalhadores não são reconhecidas. Os governos, em colaboração com os empregadores, os trabalhadores e respectivos representantes, bem como outras entidades com responsabilidades nos serviços de saúde, devem criar um quadro regulamentar adequado e, quando necessário, rever as leis do trabalho e outra legislação para incluir disposições que:

(a) garantam a identificação das necessidades específicas dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde nos planos de acção nacionais sobre a infecção VIH/sida, atribuindo-lhes uma elevada prioridade;

(b) promovam a implementação de um sistema nacional de gestão da segurança e saúde no trabalho nos serviços de saúde, incentivando a aplicação, no local de trabalho, de regulamentos e directrizes que visem a criação de condições de trabalho dignas e de um ambiente de trabalho seguro onde a infecção VIH/sida contraído na sequência de um incidente de exposição profissional seja tratado da mesma forma que qualquer outro acidente de trabalho;

(c) protejam os direitos de todos os trabalhadores e doentes, quer sejam ou não pessoalmente afectados pela infecção VIH/sida, e que prevejam:

- (i) um ambiente de trabalho e de assistência onde não exista qualquer estigmatização ou discriminação com base no estatuto real ou presumido de VIH;
- (ii) a prevenção e contenção dos riscos de transmissão;
- (iii) sistemas de gestão pós-exposição, incluindo uma garantia de confidencialidade, tal como previsto nos instrumentos da OIT, serviços de aconselhamento e profilaxia, conforme o caso;
- (iv) a proibição de testes VIH obrigatórios tendo em vista a exclusão do emprego ou do trabalho, salvo quando sejam necessários para proteger os profissionais de saúde, por exemplo, antes ou durante a sua afectação a serviços de TBMR;
- (v) uma adaptação razoável, nomeadamente a atribuição de outras funções, a adaptação dos postos de trabalho e horários flexíveis;

- (vi) a manutenção da relação de emprego com as pessoas que vivem com a infecção VIH/sida enquanto o seu estado de saúde o permitir;
- (vii) a protecção dos dados relativos ao estatuto VIH dos trabalhadores;
- (viii) o acesso a prestações, entre as quais pensões de reforma antecipada, cobertura das despesas médicas e dos custos do funeral;
- (ix) o direito de negociar questões relacionadas com prestações sociais, tendo em conta a legislação nacional;
- (x) procedimentos de resolução de conflitos que tenham em conta as diferenças entre homens e mulheres e aos quais todos os trabalhadores tenham acesso;
- (xi) medidas disciplinares adequadas;
- (xii) sanções por violação de disposições regulamentares.

16

As autoridades competentes devem disponibilizar informações técnicas e aconselhamento aos empregadores, públicos e privados, aos trabalhadores e aos respectivos representantes sobre as directrizes da OIT relativas aos sistemas de gestão da segurança e da saúde no trabalho da OIT (ILO-OSH 2001) actualmente em vigor, promovendo assim o cumprimento do quadro jurídico e político. Estas autoridades devem igualmente reforçar os sistemas de garantia de aplicação das normas sobre segurança e saúde no trabalho, bem como os mecanismos de fiscalização e de notificação.

17

No seu papel de empregador, o governo deve manter um nível adequado de consulta e colaboração com organizações privadas de empregadores e organizações de profissionais do sector da saúde.

18

No seu papel de empregador e decisor político, o governo deve assegurar a atribuição de recursos suficientes às inspecções da saúde e segurança no trabalho para que estas possam emitir pareceres sobre a legislação neste domínio e garantir o seu cumprimento.

19

Política para o desenvolvimento e gestão de sistemas nacionais de saúde que visam dar resposta à infecção VIH/sida

A política de saúde deve prever e promover a colaboração entre todas as instituições relevantes, nomeadamente hospitais universitários, distritais e privados, clínicas, serviços de saúde no trabalho, centros de saúde comunitários, dispensários, associações de cuidados ao domicílio, organizações profissionais e outras ONG nacionais e internacionais. Por conseguinte, os governos devem:

- (a) reforçar as capacidades em todos os elementos e a todos os níveis dos sistemas nacionais de saúde;
- (b) assegurar a continuidade de uma prestação eficaz de cuidados através da coordenação dos serviços e da partilha de recursos, nomeadamente no domínio da informação e da formação;
- (c) melhorar a capacidade institucional de planeamento e gestão dos serviços de saúde;
- (d) apresentar um projecto de reforma legislativa sobre o desenvolvimento de recursos humanos para os serviços de saúde, que abranja o planeamento, a educação e a formação, bem como a regulamentação das qualificações dos profissionais de saúde e das condições de exercício desta actividade, incluindo requisitos em matéria de certificação e acreditação;
- (e) elaborar e implementar urgentemente planos e estratégias de recursos humanos que permitam aos sistemas de saúde prestarem os seus serviços;
- (f) estabelecer prioridades e definir dotações orçamentais suficientes para os recursos humanos, equipamentos e materiais, a fim de assegurar uma prestação de serviços eficaz aos doentes e proteger os profissionais de saúde.

⁷ ILO: Guidelines on addressing HIV/AIDS in the workplace through employment and labour law, InFocus Programme on Social Dialogue; Labour Law and Labour Administration, Paper n° 3 (Geneva, 2004), <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/publ/index.htm>.

Terms of employment and working conditions in health sector reforms, ILO, 1998.⁸

Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2003-2007, WHO.⁹

Scaling up HIV/AIDS care: Service delivery and human resources perspectives, WHO, 2004.¹⁰

O papel das organizações de empregadores e de trabalhadores

20

No contexto mais vasto dos cuidados a prestar aos profissionais de saúde, as organizações de empregadores e de trabalhadores devem:

- (a) participar plenamente na elaboração e disseminação de normas, directrizes, políticas e quadros éticos de apoio a programas sobre a infecção VIH/sida, incluindo normas sobre a segurança e saúde no trabalho;
- (b) definir e implementar uma estratégia sobre a infecção VIH/sida para os seus próprios membros, bem como uma política para os seus funcionários;
- (c) sensibilizar e reforçar as capacidades dos profissionais de saúde, a fim de minimizar o impacto da infecção VIH/sida no local de trabalho;
- (d) prestar informação e formação aos profissionais de saúde sobre os princípios e direitos fundamentais no trabalho preconizados pela OIT;
- (e) assegurar a protecção dos profissionais de saúde infectados ou afectados contra a estigmatização e todas as formas de discriminação;
- (f) colaborar com os profissionais de saúde na fiscalização do cumprimento de todas as leis e regulamentos relativos ao trabalho e à segurança e saúde no trabalho;

⁸ ILO: *Terms of employment and working conditions in health sector reforms*, Relatório para discussão na Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms, Geneva, 21-25 de Setembro de 1998, <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/publ/reports.htm>.

⁹ WHO: *Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2003-2007: Providing a framework for partnership and action*, <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/ghss/en/>.

¹⁰ *Scaling up HIV/AIDS care*, op. cit.

(g) reforçar o acesso dos profissionais de saúde a serviços de aconselhamento e testes voluntários, a tratamento e a programas de bem-estar no local de trabalho;

(h) cooperar entre si e com outras partes interessadas na concepção de estratégias de luta contra a infecção VIH/sida nos serviços de saúde.

IOE/ICFTU joint statement: Fighting HIV/AIDS together, 2003.¹¹

O sector da saúde como local de trabalho

21

Provavelmente, será mais fácil prevenir e controlar os riscos profissionais relacionados com doenças infecciosas – nomeadamente a infecção VIH/sida, a hepatite e a tuberculose – se forem considerados em conjunto com outros perigos e riscos existentes no local de trabalho nos serviços de saúde. A magnitude dos riscos profissionais no sector da saúde ainda não é bem clara, em parte devido ao estigma e ao sentimento de culpa associados à participação de lesões provocadas por objectos cortantes e perfurantes e à ausência de profilaxia pós-exposição.

22

As políticas e os programas para o local de trabalho devem assegurar a protecção contra a estigmatização e a discriminação, a prestação de cuidados, tratamento e apoio, e o acesso às prestações previstas na lei, independentemente da forma como o VIH tenha sido contraído.

23

Os principais elementos das políticas e programas para o local de trabalho são identificados e descritos em baixo, com especial destaque para as necessidades específicas dos serviços de saúde. As referências aos instrumentos legais, políticos e técnicos mais importantes figuram em caixas de texto para facilitar o acesso a informações complementares consideradas válidas e relevantes pela OIT e pela OMS.

¹¹ *Fighting HIV/AIDS together – A programme for future engagement*, IOE/ICFTU joint statement, ILO, Geneva, May 2003, http://www.ioe-emp.org/ioe-emp/pdf/ICFTU-IOE_HIV_AIDS.pdf.

Reconhecimento da infecção VIH/sida como uma questão relacionada com o local de trabalho

24

A infecção VIH/sida é uma questão relacionada com o local de trabalho e deve ser tratado como qualquer outro risco ou doença profissional grave. Os empregadores devem promover a sensibilização dos trabalhadores e dos gestores do sector da saúde (seja qual for o seu nível) para os problemas que se colocam no local de trabalho no domínio da infecção VIH/sida, incluindo as questões relacionadas com os direitos e necessidades dos doentes, e devendo ainda garantir que os mesmos recebam uma formação adequada e contem com o apoio da Direcção.

Estigmatização e discriminação no sector da saúde¹²

25

A estigmatização e a discriminação – pelos profissionais de saúde em relação aos colegas e a doentes ou pelos empregadores em relação aos profissionais de saúde – constituem problemas graves em muitas instituições de saúde, que prejudicam a prestação de cuidados e a eficácia dos programas de prevenção. Estes problemas apresentam-se sob diversas formas e podem estar na origem do atraso, inadequação ou recusa de tratamento, bem como de violações das obrigações de confidencialidade, de comportamentos inadequados e contrários aos princípios de ética e da adopção de precauções excessivas.

26

As intervenções nos serviços de saúde são mais eficazes quando estão integradas numa campanha mais vasta de combate à estigmatização e à discriminação. Neste aspecto, é possível obter resultados mais satisfatórios conjugando intervenções complementares como, por exemplo:

- (a) a aplicação de políticas no local de trabalho que proíbem expressamente a discriminação no emprego e no exercício dos deveres profissionais;
- (b) a implementação de programas completos de cuidados de saúde, incluindo programas de bem-estar e a administração de terapêutica anti-retrovírica (TAR) para melhorar a qualidade de vida;
- (c) a formação adequada do pessoal a todos os níveis de responsabilidade para melhorar a sua compreensão sobre a infecção VIH/sida e os ajudar a corrigir atitudes negativas e discrimi-

¹² Understanding and responding to HIV/AIDS-related stigma and discrimination in the health sector, Pan American Health Organization [Organização Pan-Americana da Saúde], 2003, <http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/stigma.htm>.

natórias em relação a colegas ou doentes que vivam com esta doença. Esta formação deve proporcionar aos profissionais de saúde:

- (i) informação sobre os modos de transmissão da infecção VIH/sida e de outras doenças infecciosas e o nível de risco profissional para os ajudar a ultrapassar o medo do contacto físico com os doentes e proporcionar uma plataforma de aprendizagem contínua;
- (ii) competências interpessoais para os ajudar a compreender o impacto da infecção VIH/sida e o peso do estigma, bem como para os dotar de instrumentos que lhes permitam estabelecer uma comunicação baseada no respeito e na não discriminação com doentes, colegas e outras pessoas;
- (iii) técnicas de gestão do stress para evitar esgotamentos, tais como a existência de um volume de efectivos adequado, mais oportunidades de trabalho autónomo e maior participação na definição do seu modo de execução, aplicação do regime de trabalho por turnos, rotação de tarefas, promoção e desenvolvimento pessoal, detecção precoce do stress, desenvolvimento das competências de comunicação necessárias para o desempenho de funções de supervisão, grupos de apoio aos funcionários, e períodos de descanso fora do local de trabalho;
- (iv) conhecimento da legislação e regulamentos em vigor que protegem os direitos dos profissionais de saúde e dos doentes, independentemente do seu estatuto VIH.

Género: questões relevantes para as mulheres e para os homens ^{6, 13}

27

Por uma série de motivos de ordem biológica, sociocultural e económica, as mulheres têm mais probabilidades de se tornarem seropositivas e são mais afectadas pelas consequências da epidemia da infecção VIH/sida do que os homens. O sector de saúde é uma das principais fontes de emprego das mulheres que, em certos casos, constituem 80 por cento da força de trabalho. Assim sendo, é fundamental reconhecer plenamente as dimensões de género no domínio da segurança e saúde no trabalho e da infecção VIH/sida, bem como sensibilizar os profissionais de saúde, homens e mulheres, através da informação, da educação e da formação.

28

Os empregadores devem ter em consideração e assegurar a integração das medidas seguidamente enunciadas na concepção e implementação de políticas e programas para o local de trabalho:

(a) Todos os programas para o sector da saúde devem ter em conta a dimensão de género, bem como questões relacionadas com a origem étnica, a idade, as deficiências, a religião, o estatuto socioeconómico, a cultura e a orientação sexual. Para tal, estes programas devem visar expressamente as mulheres e os homens e reconhecer as diferenças entre os tipos e os graus de risco a que uns e outras estão expostos.

(b) As informações destinadas às mulheres, sobretudo às jovens, devem alertá-las para o facto de estarem expostas a um maior risco de transmissão do VIH, e fornecer-lhes as explicações necessárias. Através da educação, as mulheres e os homens devem ser ajudados a compreender e a corrigir as desigualdades nas relações de poder que mantêm entre si no emprego e na vida pessoal; o assédio e a violência devem ser objecto de um tratamento autónomo, não só no local de trabalho, mas também em situações domésticas.

(c) Os programas devem ajudar as mulheres a compreenderem os seus direitos, tanto no local de trabalho como fora dele, e dotá-las da capacidade para se protegerem a si próprias.¹⁴

(d) A educação destinada aos homens deve incluir actividades de sensibilização, avaliação dos riscos e estratégias de

¹³ ILO: Implementing the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work: An education and training manual (Geneva, 2002), <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/manualen/index.htm>.

¹⁴ Convenção (n.º 111) sobre a discriminação em matéria de emprego e profissão, de 1958, e a recomendação que a acompanha.

promoção das responsabilidades dos homens em matéria de prevenção da infecção VIH/sida, bem como informações sobre os factores contextuais susceptíveis de favorecerem comportamentos de prevenção responsáveis.

(e) A formação dos profissionais de saúde no domínio da infecção VIH/sida deve assegurar a compreensão das necessidades físicas e psicológicas específicas das mulheres seropositivas, nomeadamente dos problemas concretos que enfrentam na área da saúde reprodutiva e da saúde infantil. Esta formação deve ainda abordar os obstáculos à divulgação do estatuto VIH, tais como os receios de estigmatização, discriminação ou violência.

Women, HIV/AIDS and the world of work, ILO.¹⁵

ILO action plan on gender equality and gender mainstreaming.¹⁶

Mainstreaming a gender perspective into the health services, ICN.¹⁷

Gender dimension of HIV status disclosure to sexual partners: Rates, barriers and outcomes, WHO.¹⁸

Diálogo social

29

O diálogo social inclui todo o tipo de negociações, consultas e intercâmbio de informações entre os governos, os empregadores, os trabalhadores e os respectivos representantes. Pode tratar-se de um processo tripartido, em que o governo intervém como parte oficial no diálogo, ou assumir a forma de relações bipartidas entre os empregadores – públicos ou privados – e os trabalhadores e os respectivos representantes. O principal objectivo do diálogo social consiste em promover a formação de um consenso e a cooperação entre o governo e os parceiros sociais do mundo do trabalho, com vista a alcançar objectivos de interesse comum. Neste caso, o diálogo social poderá igualmente sair reforçado com consultas às associações de profis-

¹⁵ ILO Women, HIV/AIDS and the world of work (brochura), <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/facts/wvd04en.pdf>.

¹⁶ ILO: ILO action plan on gender equality and gender mainstreaming (Genebra, 2001).

¹⁷ Mainstreaming a gender perspective into the health services, Ficha informativa, International Council of Nurses (ICN), http://www.icn.ch/matters_gender.htm.

¹⁸ Gender dimension of HIV status disclosure to sexual partners: Rates, barriers and outcomes, Review paper, WHO, 2004, <http://www.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf>.

sionais de saúde e às associações comunitárias, especialmente as associações de pessoas que vivem com a infecção VIH/sida.

30

No sector da saúde, o diálogo social é um mecanismo importante para uma gestão eficaz das relações gerais de trabalho e das questões de segurança e saúde no trabalho, bem como para a implementação de políticas e programas sobre a infecção VIH/sida. Os empregadores devem assegurar a integração de processos eficazes de diálogo social nas estruturas de gestão dos serviços de saúde. O diálogo social no local de trabalho deve:

- (a) fundar-se na negociação, na consulta e no intercâmbio de informações;
- (b) seguir um processo contínuo de planeamento, implementação, acompanhamento, avaliação e revisão;
- (c) ser concebido com o objectivo de criar um ambiente de trabalho mais seguro e saudável;
- (d) assegurar a plena participação dos trabalhadores e dos respectivos representantes em todos os aspectos do processo, bem como a representação proporcional das mulheres, especialmente nos níveis superiores;
- (e) ser apoiado por recursos adequados em termos de orçamento, tempo, instalações e formação.

31

Para criar um ambiente propício ao diálogo social, é necessário reconhecer os princípios e direitos fundamentais no trabalho. Os trabalhadores e os respectivos representantes devem ter acesso à formação e aos meios necessários para participarem eficazmente no diálogo social e contribuir, desta forma, para a criação de um ambiente de trabalho seguro e saudável, para a implementação de programas sobre a infecção VIH/sida e, em certos casos, para uma reforma geral do sector da saúde.

Social dialogue in the health services: A tool for practical guidance, ILO, 2004.¹⁹

¹⁹ ILO: *Social dialogue in the health services: A tool for practical guidance*, Sectoral Activities Programme [Programa de Actividades Sectoriais] (Geneva, 2004), http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/socdia_health.pdf.

Segurança e saúde no trabalho

32

Para ser eficaz, todo o sistema de segurança e saúde no trabalho exige um compromisso entre a autoridade competente, os empregadores, os trabalhadores e os respectivos representantes. Embora a responsabilidade global de proporcionar um ambiente de trabalho seguro e saudável recaia sobre o empregador - que deve demonstrar o seu compromisso para com a SST implementando e colocando à disposição dos trabalhadores e dos seus representantes um programa documentado que aborde os princípios da prevenção, identificação dos perigos, avaliação e controlo dos riscos, informação e formação – os trabalhadores têm o dever de cooperar com o empregador na implementação deste programa de SST. Para tal, devem respeitar e aplicar os procedimentos e outras instruções que visam protegê-los a eles mesmos e a todas as pessoas presentes no local de trabalho contra a exposição a riscos profissionais. As comissões paritárias de segurança e saúde no trabalho constituem um mecanismo de eficácia comprovada para levar a cabo acções concertadas neste domínio.

Convenção (n.º 155) da OIT sobre segurança e saúde dos trabalhadores, de 1981, e outros instrumentos relevantes da OIT enumerados no Apêndice 1.

Sistemas de gestão da SST

33

Os empregadores devem basear o seu programa de SST nas directrizes da OIT relativas aos sistemas de gestão da segurança e da saúde no trabalho²⁰ que estabelecem as seguintes etapas:

- (a) formulação de uma política baseada nos princípios da SST e da participação dos trabalhadores, que defina os principais elementos do programa;
- (b) organização de uma estrutura de aplicação da política, incluindo cadeias de responsabilidade, descrição de competências, mecanismos de formação, registo e participação de incidentes;

²⁰ OIT: Sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho: directrizes práticas da OIT (Lisboa, 2002) (versão em suporte de papel); ILO:Guidelines on occupational safety and health management systems:ILO-OSH 2001, (Geneva,2001),<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000013.pdf>.

- (c) planeamento e implementação, incluindo definição de objectivos, análise inicial, planeamento, desenvolvimento e implementação do sistema;
- (d) avaliação das medidas e acompanhamento dos resultados, investigação das lesões relacionadas com o trabalho, doenças, acidentes, auditorias e revisão da gestão;
- (e) introdução de melhorias através da adopção de medidas preventivas e correctivas e da constante actualização e revisão das políticas, sistemas e técnicas, a fim de prevenir e controlar acidentes de trabalho, doenças profissionais e incidentes perigosos.

Guidelines on occupational safety and health management systems: ILO-OSH 2001, ILO - OSH ²⁰ e O ciclo de gestão da segurança e saúde no trabalho (Ficha informativa n.º 2).

Occupational health and safety management framework model, Department of Human Services, State of Victoria, Australia, 2003,²¹ e Modelo da estrutura dos sistemas de gestão de SST de um hospital (Ficha informativa n.º 3).

Prevenção e protecção contra patógenos infecciosos^{22, 23}

34

Os profissionais dos serviços de saúde, tal como os trabalhadores de outros sectores, podem estar expostos a riscos químicos, físicos, ergonómicos ou psicossociais (tais como stress, esgotamento, assédio e violência).²⁴ Nos serviços de saúde, porém, existem riscos profissionais, em particular a exposição a patógenos infecciosos, que exigem medidas especiais de prevenção e protecção.

35

Os riscos de exposição a patógenos como o VIH e a hepatite B e C devem ser objecto de um tratamento exaustivo, de modo

²¹ *Public Hospital Sector Occupational Health and Safety Management Framework Model*, Department of Human Services, Melbourne, State of Victoria, Australia, 2003. Pode ser descarregada uma versão integral do documento em <http://www.health.vic.gov.au/ohs>.

²² *Guidance for clinical health-care workers: Protection against infection with blood-borne viruses*, HSC 1998/063, United Kingdom Department of Health, <http://www.dh.gov.uk/asset-root/04/01/44/74/04014474.pdf>.

²³ *National code of practice for the control of work-related exposure to hepatitis and HIV (blood-borne) viruses [NOHSC:2010(2003)]*, 2nd edition, Dec. 2003, National Occupational Health and Safety Commission, Australia.

²⁴ WHO/ILO/ICN/PSI: *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*, ILO, Geneva, 2002.

a assegurar uma prevenção e uma protecção contínuas, bem como uma resposta profiláctica imediata em caso de exposição profissional. A atenção dedicada aos patógenos transmissíveis pelo sangue não elimina nem reduz a necessidade de ter igualmente em consideração os riscos associados aos patógenos transmissíveis por via respiratória, gastrointestinal ou outra forma de contacto.

36

Muitas das medidas destinadas a prevenir a exposição profissional ao VIH e a outros patógenos transmissíveis pelo sangue são de fácil implementação e devem fazer parte do programa de segurança e saúde no trabalho. No entanto, o tratamento de incidentes de exposição ao VIH e a profilaxia pós-exposição exigem conhecimentos técnicos especializados e, mais concretamente, um sólido quadro de assistência e apoio para dar resposta às necessidades dos trabalhadores infectados. Os profissionais de saúde que exercem a sua actividade numa comunidade de doentes com uma elevada prevalência de infecção VIH/sida podem estar igualmente sujeitos a um risco acrescido de exposição à tuberculose. Nestes casos, é particularmente importante implementar um plano global de controlo da exposição profissional à tuberculose, que complementará o plano de controlo da exposição à infecção VIH/sida. As questões de prevenção e protecção relacionadas com a tuberculose encontram-se descritas nas directrizes específicas desenvolvidas em conjunto pela OIT e pela OMS.²⁵ Estas directrizes são acompanhadas por fichas que contêm informações técnicas adicionais sobre práticas de trabalho seguras.

37

Em conformidade com os regulamentos e protocolos de imunização nacionais aplicáveis, os empregadores devem estabelecer um programa de vacinação contra a hepatite B destinado a todos os profissionais de saúde que corram o risco de exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos. Os empregadores devem manter-se a par dos progressos alcançados a nível da descoberta e disponibilidade de novas vacinas.²⁶

Gestão dos riscos

38

O processo de gestão dos riscos compreende várias etapas, entre as quais a identificação dos perigos e a avaliação e controlo

²⁵ ILO/WHO/WEF: Guidelines for workplace TB control activities: The contribution of workplace TB control activities to TB control in the community, WHO, 2003.

²⁶ WHO: *Weekly epidemiological record*, 9 de Julho de 2004, ano 79, n.º 28, 2004, 79-253-264, <http://www.who.int/wer>.

dos riscos. Devem ser adoptadas medidas de controlo por ordem hierárquica em função da sua eficácia na eliminação do risco, na prevenção da exposição ou do acidente.²⁷ Todos os aspectos da gestão dos riscos serão mais eficazes se contarem com a participação activa dos profissionais de saúde. O presente documento aborda especificamente a gestão dos riscos associados à infecção VIH/sida. É importante implementar um processo paralelo de gestão de todos os riscos a que os profissionais de saúde estão sujeitos, entre os quais a tuberculose. Deve ser dedicada especial atenção à minimização dos riscos a que estão expostos os profissionais de saúde seropositivos. Devem ser realizadas sessões periódicas de informação e formação, a fim de dar a conhecer aos profissionais de saúde as mais recentes regras, procedimentos e instruções para detectar perigos relevantes, e as correspondentes práticas de segurança, bem como a importância de adoptar medidas de precaução e de utilização correcta de todo o equipamento.

39

Identificação dos perigos

A gestão dos riscos começa pela identificação das situações, actividades e tarefas desenvolvidas no local de trabalho susceptíveis de colocarem os profissionais de saúde em risco de exposição ao VIH e a outras infecções transmissíveis pelo sangue ou infecções oportunistas associadas. A identificação dos perigos deve compreender as seguintes etapas:

- (a) Interrogar os profissionais de saúde. Deve ser estabelecido e implementado um procedimento para que os profissionais de saúde possam participar os perigos detectados sem estarem sujeitos a sanções. Para tal, é necessário implementar igualmente um programa activo de educação destinado a estes trabalhadores, que explique a importância de participar os referidos perigos, bem como o modo e o momento adequado para efectuar essa participação.
- (b) Analisar as participações de incidentes de exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos. Utilizar estes dados para determinar tendências, identificar actividades e tarefas de alto risco, avaliar os procedimentos de participação e de documentação, e monitorizar a eficácia das medidas de acompanhamento e correctivas adoptadas.
- (c) Realizar um estudo sobre a configuração do local de trabalho, as práticas de trabalho e outras fontes de exposição dos trabalhadores. Este estudo deve incidir sobre todas as potenciais

²⁷ Ficha informativa n.º 4 – Hierarquia de controlos aplicados ao risco de exposição a patógenos transmissíveis pelo sangue.

fontes de exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos, incluindo o eventual risco de exposição a que estão sujeitas as pessoas que se encontram fora do local de trabalho, mas que mantêm uma ligação com o mesmo; este aspecto é particularmente importante para o pessoal responsável pelo tratamento dos resíduos hospitalares. O estudo deve identificar todas as categorias profissionais, conhecimentos, atitudes e práticas de trabalho susceptíveis de colocarem em risco os profissionais de saúde. Todas as actividades que comportem um risco de exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos devem ser enumeradas e associadas às correspondentes categorias profissionais.

Caracterização dos perigos: vírus da hepatite e VIH (Ficha informativa n.º 1)

Avaliação dos riscos

40

Uma vez identificado um perigo, é necessário realizar uma avaliação dos riscos, a fim de determinar o nível e a natureza do risco a que os profissionais de saúde estão sujeitos devido à exposição a perigos como o sangue ou outros líquidos orgânicos, bem como as medidas necessárias para eliminar o perigo ou minimizar os factores de risco. A avaliação dos riscos deve ter em consideração os seguintes aspectos:

- (a) os modos de transmissão do VIH e de outros patógenos transmissíveis pelo sangue no local de trabalho;
- (b) o tipo e a frequência da exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos, a quantidade de sangue ou de líquidos orgânicos, todas as vias prováveis de transmissão e a via mais provável, o tipo de líquido orgânico em causa e análise de exposições múltiplas;
- (c) os factores que contribuem para a exposição e a sua recorrência, incluindo a configuração do local de trabalho, as práticas de trabalho e de limpeza, a disponibilidade e utilização de vestuário e equipamento de protecção adequados;
- (d) os conhecimentos e a formação dos empregadores, dos supervisores e dos profissionais de saúde em matéria de VIH e de outros patógenos transmissíveis pelo sangue, bem como de práticas de trabalho seguras;
- (e) o facto de o equipamento utilizado ser susceptível de aumentar ou reduzir o risco de exposição;

- (f) as medidas de controlo dos riscos em vigor e a necessidade de adoptar novas medidas.

Controlo dos riscos ²¹

A etapa de controlo dos riscos tem por objectivo a aplicação da hierarquia de controlos, seleccionando as medidas mais eficazes, por ordem de prioridade, a fim de minimizar a exposição dos profissionais de saúde ao sangue ou a líquidos orgânicos ou de prevenir acidentes ou doenças em resultado dessa exposição.

(a) **Eliminação:** A medida mais eficaz é a eliminação total de um perigo da área de trabalho. A eliminação constitui o método preferencial de controlo dos riscos, devendo ser seleccionado sempre que possível. Para eliminar os riscos, pode-se, por exemplo, remover todos os objectos cortantes e agulhas e substituir todas as injeções desnecessárias por fármacos de administração oral com uma eficácia semelhante. Algumas seringas e agulhas podem ser substituídas por dispositivos de injeção sem agulha. Pode-se também eliminar os objectos cortantes e perfurantes desnecessários, tais como ganchos para toalhas, e utilizar dispositivos intravenosos sem agulha (conectores sem agulha para ligações suplementares ou combinadas com as linhas intravenosas).

(b) **Substituição:** Nos casos em que a eliminação não seja possível, o empregador deve substituir as práticas de trabalho por outras que comportem menos riscos, substituindo, por exemplo, um desinfectante (como o glutaraldeído) por um produto químico menos tóxico (como o ácido paracético).

(c) **Controlos técnicos:** Estes controlos isolam ou removem um perigo do local de trabalho. Podem abranger o recurso a mecanismos, métodos e equipamentos adequados para evitar a exposição dos trabalhadores. As medidas adoptadas para minimizar a exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos devem tomar em consideração:

- (i) recipientes para objectos cortantes e perfurantes, também designados por caixas de segurança;
- (ii) tecnologias mais recentes, tais como dispositivos mais seguros dotados de funções de prevenção de acidentes (ver ficha informativa n.º 6);
- (iii) factores ergonómicos, tais como melhor iluminação, manutenção do local de trabalho e disposição dos postos de trabalho;

(iv) inspecção regular e, se necessário, reparação ou substituição dos instrumentos e equipamentos utilizados no local de trabalho, tais como autoclaves e outros equipamentos e meios de esterilização.

(d) Medidas administrativas de controlo: São políticas do local de trabalho que visam limitar a exposição aos perigos, tais como alterações de horários, rotação dos funcionários ou restrição do acesso às zonas de risco. As normas de precaução exigem que os profissionais de saúde tratem o sangue ou os fluidos orgânicos de todas as pessoas como potencial fonte de infecção, independentemente do diagnóstico ou da percepção do risco. Para que as normas de precaução sejam eficazes, o conceito de independência do diagnóstico tem de ser largamente entendido como um meio para os trabalhadores se protegerem a si próprios e aos doentes, sem abrir a via à discriminação e à estigmatização.

(e) Controlos relativos às práticas de trabalho: Estes controlos permitem reduzir a exposição a riscos profissionais através do método de execução do trabalho, protegendo a saúde e reforçando a confiança dos profissionais dos serviços de saúde e dos seus doentes. Eis alguns exemplos práticos: não voltar a colocar as tampas nas agulhas; colocar os recipientes para objectos cortantes e perfurantes ao nível dos olhos e ao alcance da mão; esvaziar estes recipientes antes de estarem cheios; e definir métodos seguros para o manuseamento e eliminação de dispositivos cortantes ou perfurantes antes de iniciar um procedimento. Os empregadores devem assegurar-se de que são implementadas práticas de trabalho seguras e alterar as práticas não seguras depois da aplicação de outras medidas de controlo dos riscos.

(f) Equipamento de protecção individual (EPI): A utilização de EPI constitui uma medida de controlo que coloca barreiras e filtros entre o trabalhador e a fonte de perigo.²¹ Os empregadores devem colocar o equipamento de protecção contra a exposição a sangue ou outros líquidos orgânicos à disposição dos trabalhadores, certificando-se de que:

- (1) estão disponíveis artigos de protecção individual em quantidade suficiente;
- (2) o equipamento é objecto de uma manutenção adequada;
- (3) os trabalhadores têm acesso gratuito a este equipamento;
- (4) os trabalhadores receberam formação adequada sobre a sua utilização, sabem como inspecionar o equipamento de

protecção individual a fim de detectar eventuais defeitos e conhecem os procedimentos de participação de defeitos e de substituição do equipamento defeituoso;

(5) existe uma política clara para a sua utilização, que os profissionais de saúde conhecem perfeitamente;

(6) são disponibilizados os artigos seguidamente enumerados, consoante as necessidades:

(i) diversos tipos de pensos impermeáveis de material não poroso para pele ferida ou gretada;

(ii) diversos tipos de luvas de vários tamanhos, estéreis e não estéreis, nomeadamente em látex pesado,²⁸ vinil, pele impermeável e outros materiais não perfuráveis; os profissionais de saúde devem usá-las sempre que existir o risco de contacto com sangue ou outros líquidos orgânicos ou quando devam manusear qualquer objecto contaminado com sangue ou outros líquidos orgânicos;

(iii) artigos de protecção respiratória adequados, nomeadamente máscaras para respiração boca-a-máscara quando não estejam disponíveis dispositivos de ventilação ou estes não sejam eficazes;

(iv) aventais de plástico, batas impermeáveis, óculos de protecção, máscaras resistentes aos líquidos, fatos de macaco e cobre-botas para trabalhadores que estejam sujeitos a serem salpicados por sangue durante o seu trabalho.

Práticas de trabalho seguras ^{21, 22, 29}

42

As normas de precaução são as condições fundamentais para minimizar o risco de transmissão do VIH e de outras infecções transmissíveis pelo sangue no local de trabalho e incluem a higiene pessoal, a boa prática de lavar das mãos e um programa de controlo de infecções. Os empregadores devem assegurar a existência de locais apropriados para lavar as mãos no local de trabalho e estes devem estar devidamente assinalados. As ins-

²⁸ Segundo os dados disponíveis, a alergia ao látex natural afecta cerca de 8 a 12 por cento dos trabalhadores expostos regularmente a este material. Existem outros materiais sintéticos, tais como o vinil, o neopreno e o nitrilo, que proporcionam uma protecção adequada. É fundamental que os profissionais de saúde alérgicos ao látex natural evitem todo o contacto com produtos que contenha este material, o que evitará também que os profissionais não alérgicos desenvolvam uma hipersensibilidade ao mesmo.

²⁹ WHO: *Guidelines on prevention and control of hospital associated infections*, Regional Office for South-East Asia (Nova Deli, 2002), http://whqlibdoc.who.int/searo/2002/SEA_HLM_343.pdf.

talações devem estar devidamente equipadas com água corrente, sabão e toalhas de utilização única. Quando não é possível o uso da água corrente para lavar as mãos, deve ser disponibilizado, por exemplo, álcool etílico a 70 graus. Os trabalhadores devem lavar as mãos no início e no fim de cada turno, antes e depois da consulta de um paciente, antes e depois de comer, beber, fumar ou ir à casa de banho e antes e depois de sair da sua zona de trabalho. Os trabalhadores devem lavar e secar as mãos após o contacto com sangue ou fluidos orgânicos e imediatamente a seguir a retirarem as luvas. Devem igualmente verificar se têm qualquer corte ou abrasão nas partes expostas do corpo e utilizar pensos impermeáveis. Os trabalhadores são encorajados a relatar quaisquer reacções que possam ter devido à lavagem frequente das mãos e às substâncias usadas, para uma acção apropriada por parte do empregador.

Manuseamento seguro de objectos cortantes e perfurantes descartáveis e de material de injeção

43

Os empregadores devem implementar procedimentos para garantir o manuseamento e eliminação de objectos cortantes e perfurantes em condições de segurança, nomeadamente o material de injeção, e assegurar a formação, acompanhamento e avaliação dos mesmos. Estes procedimentos devem abranger:

- (a) a colocação de recipientes não perfuráveis e claramente identificados para a deposição de objectos cortantes e perfurantes tão perto quanto possível das zonas onde estes objectos se encontram ou são utilizados;
- (b) a substituição regular dos recipientes para objectos cortantes e perfurantes antes que atinjam o nível de capacidade estabelecido pelo fabricante ou quando estiverem cheios até metade; os recipientes devem ser selados antes de serem removidos;
- (c) a deposição de objectos cortantes e perfurantes não reutilizáveis em recipientes posicionados em condições de segurança, que cumpram os regulamentos e as directrizes técnicas nacionais aplicáveis;
- (d) instruções no sentido de não voltar a colocar as tampas nas agulhas e evitar o manuseamento manual das mesmas e, se for necessário, voltar a colocar a tampa, utilizando apenas uma mão para o fazer;
- (e) a atribuição da responsabilidade pela eliminação à pessoa que utilizar o objecto cortante ou perfurante;

- (f) a atribuição da responsabilidade pela eliminação e participação do incidente pela pessoa que encontrar o objecto cortante ou perfurante.

Hierarquia dos controlos aplicados ao risco de exposição a patógenos transmissíveis pelo sangue (Ficha informativa n.º 4).

Adopção de precauções básicas para prevenir infeções nosocomiais por VIH (Ficha informativa n.º 5).

Segurança na administração de injeções (Ficha informativa n.º 6).

Medidas para reduzir os riscos durante procedimentos cirúrgicos (Ficha informativa n.º 7).

Limpeza, desinfeção e esterilização do equipamento

44

A decisão de limpar, desinfetar ou esterilizar o equipamento depende do fim para que este é utilizado, nomeadamente:

- (a) se o equipamento for utilizado exclusivamente em contacto com pele intacta, necessitará apenas de ser limpo;
- (b) se o equipamento se destinar a entrar em contacto com membranas mucosas ou estiver contaminado com sangue, deverá ser limpo e objecto de uma desinfeção de alto nível;
- (c) se o equipamento se destinar a entrar em contacto com tecido humano normalmente não infectado, deverá ser limpo e esterilizado. A limpeza deve ser sempre efectuada antes da desinfeção ou da esterilização, com auxílio de um detergente adequado e água, e:
 - (i) devem ser usadas luvas durante a limpeza;
 - (ii) as peças devem ser lavadas e esfregadas para eliminar todos os vestígios de contaminação, se possível através de meios mecânicos, como uma máquina de lavar loiça; durante a limpeza é necessário ter cuidado para evitar salpicos;
 - (iii) é aconselhável usar óculos de protecção se existir o risco de salpicos.

45

Uma vez que o uso incorrecto de certos desinfectantes é potencialmente perigoso, devem seguir-se as instruções constantes dos rótulos e das fichas de dados de segurança. O equipamento de esterilização deve ser utilizado em conformidade com as instruções e por pessoal com formação adequada.

Métodos de esterilização e de desinfeção de alto nível (Ficha informativa n.º 8).

Limpeza de sangue derramado

46

O sangue derramado deve ser objecto de uma avaliação e intervenção imediatas.

Durante a limpeza de sangue derramado, é importante:

- (a) usar luvas adequadas;
- (b) utilizar material absorvente, tal como toalhas de papel, panos ou serradura, para absorver a maior parte do sangue ou dos outros líquidos orgânicos;
- (c) colocar todos os materiais utilizados na limpeza em sacos estanques aprovados;
- (d) limpar e desinfectar a área com agentes desinfectantes adequados (ver ficha informativa n.º 8);
- (e) usar vestuário de protecção quando se eliminar grandes quantidades de sangue derramado com jactos de água, adoptando as medidas de precaução adequadas;
- (f) incentivar os trabalhadores a participarem todos os incidentes de exposição.

Manuseamento e eliminação de cadáveres

47

Sempre que exista o risco de contacto com sangue ou outros líquidos orgânicos durante o manuseamento de um cadáver, seja para que fim for, devem ser adoptadas as normas de precaução. Devem ser usadas luvas e outro vestuário de protecção, conforme necessário. As zonas com drenos e as feridas abertas devem ser cobertas com pensos impermeáveis. Todos os cadáveres que

devam ser transportados para uma instalação de depósito, sala de autópsia ou morgue devem ser examinados para verificar se foram removidos todos os objectos cortantes e perfurantes.

Lavandaria

48

Deve ser estabelecido um procedimento para a distribuição de roupa limpa (lençóis, toalhas, etc.), bem como para a recolha, manuseamento, colocação em sacos, armazenamento, transporte e limpeza de roupa suja. Toda a roupa suja deve ser tratada como material potencialmente infeccioso e colocada em sacos normalmente utilizados para este fim. Se existir risco de contaminação devido ao escoamento de líquidos orgânicos, estes sacos devem ser colocados dentro de um saco de plástico transparente estanque. Os sacos de roupa suja devem estar cheios até três quartos, devendo ainda verificar-se se estão bem fechados antes do transporte. Devem ser usadas luvas de pele ou de outro material não perfurável porque poderão ter ficado objectos cortantes ou perfurantes na roupa. Devem ser disponibilizados recipientes para os objectos cortantes e perfurantes encontrados durante a triagem da roupa suja. Se forem encontrados objectos cortantes ou perfurantes ou ocorrer um incidente de exposição, estes factos devem ser participados e registados.

49

Toda a roupa deve ser lavada com detergente. Quando não for possível recorrer a serviços especializados, a roupa ou peças de vestuário contaminadas devem ser lavadas com detergente numa máquina de lavar doméstica, a uma temperatura de, pelo menos, 80°C, ou limpas a seco e passadas com um ferro quente. Deve evitar-se sobrecarregar as máquinas de lavar roupa. Se for absolutamente necessário lavar roupa à mão, devem ser usadas luvas de borracha de uso doméstico.³⁰

Gestão de resíduos

50

Os resíduos hospitalares têm maior potencial para causar infecções e lesões do que a maioria dos resíduos. Um manuseamento incorrecto destes resíduos poderá ter graves consequências para a saúde pública e o ambiente. Por conseguinte, os empregadores do sector da saúde têm, neste domínio, um “dever de diligência” para com os trabalhadores envolvidos, a saúde pública e o ambiente.

³⁰ Nos locais que não disponham da tecnologia supramencionada, a roupa pode ser mergulhada num balde de água com hipoclorito de sódio (proporção: 1 para 10) ou lixívia durante, pelo menos, 30 minutos. Seguidamente, pode ser lavada com detergente.

Os empregadores devem estabelecer um procedimento de gestão de resíduos em conformidade com a legislação e prática nacional. Este procedimento deve dedicar especial atenção a resíduos infecciosos e objectos cortantes e perfurantes, devendo cobrir ainda os seguintes pontos:

- (a) o acondicionamento e a identificação dos resíduos por categoria;
- (b) a eliminação preliminar dos resíduos na área onde são produzidos;
- (c) a recolha e transporte dos resíduos para fora da área onde são produzidos;
- (d) o armazenamento, tratamento e eliminação final dos resíduos em conformidade com os regulamentos e directrizes técnicas aplicáveis.

Safe management of wastes from health-care activities, WHO, 1999,³¹ Health-care waste management at a glance, WHO/World Bank, 2003,³² e Gestão de resíduos hospitalares em condições de segurança (Ficha informativa n.º 9).

Acompanhamento e avaliação

A vigilância da saúde dos trabalhadores³³ tem por objectivo a sua protecção, bem como a detecção precoce e o tratamento rápido de doenças profissionais. Embora o processo de indemnização deva ser célere, tal poderá significar uma falha do sistema de saúde e segurança no trabalho. A vigilância deve ter em consideração a natureza dos riscos profissionais no local de trabalho, os requisitos em matéria de saúde, o estado de saúde dos trabalhadores, incluindo o estatuto VIH, os recursos disponíveis e os conhecimentos dos trabalhadores e dos empregadores sobre as funções e o objectivo da vigilância, bem como as leis e regulamentos aplicáveis. Os resultados colectivos da vigilância devem ser colocados à disposição dos trabalhadores e dos seus representantes.

³¹ A. Prüss, E. Giroult e P. Rushbrook (eds.): *Safe management of wastes from health-care activities* (Geneva, WHO, 1999), http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/wastemanag/en/.

³² WHO/World Bank: *Health-care waste management at a glance*, June 2003, <http://www.health-carewaste.org/linked/online/docs/WW08383.pdf>.

³³ ILO: *Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance* (Geneva, 1998), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm>.

Os empregadores devem acompanhar e avaliar regularmente as práticas de trabalho e assegurar a sua alteração quando necessário. Este trabalho de acompanhamento e avaliação deve ser confiado a uma pessoa ou a um grupo de pessoas no local de trabalho. Esta pessoa ou grupo, cuja identidade deve ser conhecida de todos os profissionais de saúde, deve representar todas as categorias profissionais, incluindo o pessoal responsável pelos resíduos hospitalares. Importa ter em conta os seguintes elementos:

- (a) a eficácia das políticas e procedimentos adoptados no local de trabalho;
- (b) a eficácia dos programas de informação e de formação;
- (c) o nível de conformidade com as precauções básicas;
- (d) o registo exacto e a análise dos incidentes;
- (e) as causas da exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos;
- (f) a avaliação das participações de incidentes;
- (g) a eficácia das medidas adoptadas e das acções de acompanhamento.

Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance ILO, 1998.³⁴

International code of ethics for occupational health professionals, 2002.³⁴

ILO code of practice on the recording and notification of occupational accidents and diseases, 1996.³⁵

Descrição sumária do processo de gestão da exposição profissional a patógenos transmissíveis pelo sangue (Ficha informativa n.º 10).

Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis, 2001.³⁶

³⁴ International Commission on Occupational Health: International code of ethics for occupational health professionals, actualizado em 2002 (versão em suporte de papel); http://www.icoh.org.sg/core_docs/code_ethics_eng.pdf. [versão electrónica em português do Brasil disponível em http://www.icoh.org/core_docs/code_ethics_ptbr.pdf.]

³⁵ ILO: Recording and notification of occupational accidents and diseases, An ILO code of practice (Geneva, 1996), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e962083.pdf>.

³⁶ "Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis", in Morbidity and Mortality Weekly Report, 29 de Junho de 2001, Vol. 50, N.º RR-11; Epidemiology Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of Health and Human Services (Atlanta), <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5302.pdf>.

Gestão de incidentes devido a exposição

54

A principal estratégia para reduzir as infecções consiste na prevenção da exposição profissional. No entanto, não é possível eliminar completamente os riscos associados aos patógenos transmissíveis pelo sangue. Assim sendo, os empregadores devem implementar um sistema de gestão da exposição profissional. Este sistema deve ser consistente com os procedimentos aplicáveis a outros acidentes de trabalho, e incluir mecanismos de prestação de cuidados imediatos, aconselhamento e tratamento (se necessário), participação, investigação, indemnização e acompanhamento a longo prazo, devendo ainda ser apresentado aos trabalhadores como parte da sua orientação profissional.

Sistema de resposta em caso de exposição

55

O empregador deve designar uma ou mais pessoas com a formação adequada para realizar uma avaliação e consulta preliminares, ou reencaminhar os profissionais de saúde expostos que necessitem de acompanhamento para os serviços competentes, devendo ainda assegurar que este recurso esteja permanentemente disponível durante o horário de trabalho. A pessoa designada deve assegurar o preenchimento da documentação relativa ao incidente e o seguimento do mesmo. Os trabalhadores devem ser informados do procedimento e do mecanismo utilizados para contactar a pessoa responsável.

56

Os medicamentos destinados à profilaxia pós-exposição, nomeadamente os anti-retrovíricos, a vacina contra a hepatite C e a imunoglobulina contra a hepatite B (IGHB), devem estar disponíveis no local para que possam ser administrados rapidamente. Se a pessoa designada como contacto não for um profissional de saúde, deve ser disponibilizado o acesso permanente, durante o horário de trabalho, a um profissional de saúde com a formação adequada.

57

Uma vez que a profilaxia pós-exposição exige uma intervenção imediata, os trabalhadores devem participar todos os incidentes de exposição profissional logo após a sua ocorrência. Os trabalhadores em risco de exposição profissional a patógenos transmissíveis pelo sangue devem ser informados dos princípios de gestão pós-exposição e dos procedimentos específicos estabelecidos pelo empregador no âmbito da orientação profissional e da formação contínua.

Medidas imediatas

58

Em qualquer local de trabalho podem ocorrer incidentes em que seja necessário prestar primeiros socorros. Uma vez que a prestação de primeiros socorros poderá implicar uma exposição a sangue ou a quaisquer líquidos orgânicos visivelmente contaminados por sangue, os potenciais socorristas devem ser informados dos riscos de exposição e receber formação sobre a adopção de medidas preventivas e a utilização de equipamento de protecção em conformidade com procedimentos baseados em precauções básicas. Os empregadores devem cumprir todos os regulamentos nacionais aplicáveis à prestação de primeiros socorros, nomeadamente ao nível do equipamento a utilizar e da formação.

59

A prestação de cuidados imediatos a pessoas expostas deve obedecer às directrizes mais recentes da OMS em matéria de profilaxia pós-exposição.³⁷ Nesta fase, a pessoa em causa deve ser reencaminhada para o responsável pela avaliação do risco de transmissão e pela profilaxia pós-exposição ou outro acompanhamento médico necessário.

Medidas de acompanhamento

60

A pessoa designada deve assegurar a elaboração atempada de relatórios completos sobre o incidente e o tratamento inicialmente administrado. As medidas de seguimento abrangem igualmente o reencaminhamento da pessoa exposta para serviços de aconselhamento, testes e outras medidas descritas mais adiante. Deve ser realizado atempadamente um inquérito sobre o incidente de exposição, a fim de identificar, entre outras, as medidas a adoptar para evitar incidentes semelhantes no futuro.

Análise e registos

61

Em consulta com os trabalhadores e os seus representantes, deve ser criado e implementado, no local de trabalho, um sistema de registo e análise de todas as exposições profissionais, tendo em conta os requisitos nacionais em matéria de registo e participação de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Este sistema deve permitir o acesso do empregador, dos trabalhadores e dos seus representantes às informações recolhidas para efeitos de análise e melhoria das medidas de prevenção.

³⁷ A ficha informativa n.º 10 será actualizada em formato electrónico após a próxima reunião conjunta de especialistas da OIT/OMS.

62

A prestação de cuidados, tratamento e apoio a profissionais de saúde infectados ou afectados pela infecção VIH/sida permite reduzir a perda de pessoal especializado e experiente e minimizar as perturbações na prestação de cuidados. Traduz igualmente o respeito pelo direito dos trabalhadores se manterem ao serviço enquanto o seu estado de saúde o permitir, ajuda-os a manter os seus rendimentos e contribui para o seu bem-estar geral. Na medida do possível, os empregadores devem facilitar o acesso a programas completos de cuidados de saúde, tratamento e apoio, que conjuguem disposições destinadas especificamente aos trabalhadores doentes ou que têm um familiar doente com disposições de carácter geral integradas num pacote de protecção social destinado a todos os trabalhadores. Os elementos-chave de um programa deste tipo são identificados e descritos mais adiante.

Aconselhamento e testes voluntários ^{6,38}

63

Os profissionais de saúde que desejem conhecer o seu estatuto VIH devem ter a possibilidade de se submeter a testes voluntários e ser encorajados a fazê-lo. Nos casos em que existam serviços médicos adequados, poderão ser realizados testes voluntários a pedido do trabalhador e, se necessário, com o consentimento esclarecido escrito do mesmo e com o parecer do representante dos trabalhadores, caso seja solicitado.

64

Os trabalhadores estarão mais abertos à realização de testes VIH se se sentirem protegidos contra a estigmatização e a discriminação e se tiverem a garantia de acesso a serviços integrados de prevenção, tratamento e cuidados. Segundo os princípios fundamentais dos testes VIH, conhecidos por “os 3 C”, o teste deve ter por base o consentimento esclarecido do interessado, ser acompanhado de aconselhamento e com a confidencialidade assegurada. O programa ONUSIDA e a OMS defendem o recurso a testes rápidos para que, uma vez conhecidos os resultados, possa ser prestado imediatamente aconselhamento a pessoas seronegativas e seropositivas, acompanhado, se necessário, pelo tratamento adequado. O aconselhamento, que inclui o reenaminhamento para serviços especializados e as mensagens de prevenção são elementos essenciais de qual-

³⁸ UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing, June 2004, <http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/>

quer programa de cuidados e apoio a trabalhadores com a infecção VIH/sida. O aconselhamento aos profissionais de saúde poderá exigir mais informação do que aquela que é prestada no quadro de um aconselhamento típico.

65

Embora, em princípio, não devam ser realizados testes VIH no local de trabalho, os serviços de saúde são estabelecimentos com características muito particulares e a gestão do risco poderá implicar a realização destes testes (ver pontos 11 (Princípios) e 52 (Acompanhamento e avaliação), bem como a Colectânea das Directivas Práticas sobre o VIH/sida no Mundo do Trabalho do BIT). No local de trabalho e fora dele, os testes VIH devem estar sujeitos ao consentimento esclarecido, prestado voluntariamente pelo interessado, e serem realizados por pessoal devidamente qualificado em condições de estrita confidencialidade. Estes testes não devem ser exigidos durante o processo de recrutamento, nem como condição de manutenção do emprego ou para efeitos de seguro.³⁹

66

Poderá ser realizada uma vigilância independente ou testes epidemiológicos anónimos para avaliar a evolução e o impacto das infecções por VIH no sector da saúde ou em todo o país, desde que sejam cumpridos os princípios éticos da investigação científica, da ética profissional, da protecção dos direitos individuais, da confidencialidade e do anonimato.

Divulgação e confidencialidade

67

A divulgação voluntária do estatuto VIH de uma pessoa tem várias consequências e é necessariamente uma decisão pessoal. O princípio da confidencialidade no local de trabalho significa que compete exclusivamente às pessoas com VIH decidirem se devem ou não informar os seus colegas e como irão fazê-lo. Os profissionais de saúde devem estar cientes de que têm direito à confidencialidade e que não estão sob qualquer obrigação de responder a perguntas colocadas pelos doentes ou pelos seus familiares sobre o seu estado serológico. Estes trabalhadores poderão decidir não divulgar o seu estatuto VIH com receio de serem despedidos ou estigmatizados pelo empregador ou pelos colegas. Num local de trabalho seguro e digno, onde os profissionais de saúde estão bem informados sobre o VIH e a discriminação é proibida e inexistente, as pessoas que vivem com o VIH mostram-se geralmente mais dispostas a divulgar o

³⁹ A questão dos testes voluntários e da divulgação dos resultados será discutida numa reunião conjunta de especialistas da OMS/OIT, cujas conclusões serão disponibilizadas na Internet sob a forma de ficha informativa.

seu estado de saúde, a procurar aconselhamento e tratamento e a participar em programas de prevenção. Por sua vez, este ambiente de trabalho fomenta a adopção de comportamentos preventivos e facilita uma distribuição adequada de tarefas (ver pontos 11 (Princípios) e 52 (Acompanhamento e avaliação)).

68

É fundamental garantir a confidencialidade de todos os registos dos profissionais de saúde que tenham estado expostos a sangue ou a outros líquidos orgânicos. Os trabalhadores e os seus representantes devem ter acesso a um resumo sobre todos os incidentes de exposição ocorridos no estabelecimento de saúde, numa forma acordada entre o empregador e os representantes dos trabalhadores. Devem ser estabelecidos procedimentos para gerir e minimizar violações da confidencialidade no local de trabalho, em conformidade com as leis e regulamentos nacionais.

Tratamento

69

Os programas de bem-estar e a terapêutica anti-retrovírica (TAR) são elementos essenciais de qualquer estratégia destinada a ajudar os profissionais de saúde seropositivos a manterem os seus empregos e a preservarem a sua produtividade. Além disso, contribuem para reduzir a estigmatização e a discriminação, dado que demonstram os benefícios de um tratamento adequado. Os empregadores devem, na medida do possível, garantir que os profissionais de saúde tenham acesso a programas de bem-estar e, quando necessário, a TAR, sob condições similares às aplicáveis ao tratamento de outras doenças.⁴⁰

Segurança no trabalho e promoção profissional

70

Os profissionais de saúde que contraem o VIH podem manter-se em actividade por muitos anos. Aqueles que estão clinicamente aptos para trabalhar não devem ser vítimas de discriminação, tanto em termos de segurança no emprego, como de oportunidades de formação ou promoção profissional. Os empregadores devem estar cientes de que uma gestão adequada da in-

⁴⁰ 9.3. Serviços de saúde no trabalho e outros serviços de saúde

(a) Alguns empregadores poderão estar em condições de ajudar os trabalhadores a obterem medicamentos anti-retrovíricos. Quando existem serviços de saúde no local de trabalho, estes devem oferecer, em cooperação com os governos e outros parceiros, a mais completa gama de serviços possível para prevenir e gerir a infecção VIH/sida e dar assistência aos trabalhadores que vivem com a infecção VIH/sida.

(b) Estes serviços podem incluir a disponibilização de medicamentos anti-retrovíricos, tratamentos para aliviar os sintomas associados ao VIH, conselhos sobre nutrição e suplementos alimentares, a redução do stress e o tratamento das infecções oportunistas mais frequentes, tais como as IST e a tuberculose.

ILO: HIV/AIDS and the world of work, a ILO code of practice, op.cit.

fecção VIH/sida, que inclui a administração de uma terapêutica anti-retrovírica, pode melhorar drasticamente o estado geral de saúde, a esperança de vida e a qualidade de vida das pessoas infectadas.

Condições de trabalho

71

Em conformidade com a legislação e a prática nacionais, os profissionais de saúde do sector público e privado devem beneficiar de subsídio por doença, um seguro e um regime de segurança social e/ou de acidentes de trabalho que proporcionem uma cobertura pelo menos equivalente àquela de que gozam os trabalhadores de outros sectores. Os profissionais de saúde que vivem com a infecção VIH/sida não devem ser vítimas de discriminação em termos de segurança social e de outras prestações previstas na lei. Paralelamente, poderá ser necessário introduzir ajustamentos para dar resposta à forma como a doença progride, por exemplo alargando os períodos de baixa por doença e, se necessário, atribuindo o direito a outras prestações. Se for necessário ajustar as disposições ou regimes em vigor em função das necessidades específicas das doenças associadas ao VIH, este ajustamento deve ser objecto de negociação entre o empregador e o sindicato ou os representantes dos trabalhadores.

Adaptação adequada

72

O conceito de adaptação abrange as alterações administrativas ou práticas efectuadas pelo empregador para ajudar os trabalhadores vítimas de uma doença ou de uma deficiência a gerirem os seus trabalhos. Os trabalhadores com doenças associadas à Sida que solicitem uma adaptação devem ser tratados como trabalhadores afectados por qualquer outra doença crónica, em conformidade com as leis e regulamentos nacionais. Os empregadores, em consulta com os trabalhadores e os seus representantes, devem adoptar medidas razoáveis de adaptação em função das circunstâncias dos casos concretos. Estas medidas poderão incluir:

- (a) ajustamento do horário de trabalho;
- (b) alteração das tarefas e funções, incluindo alterações no caso de trabalhadores seropositivos que possam estar em risco (ver ponto 11) ou representem um risco para os doentes devido ao facto de realizarem procedimentos invasivos (ver ponto 52);⁴¹

⁴¹ A questão dos testes voluntários e da divulgação dos resultados será discutida numa reunião conjunta de especialistas da OMS/OIT, cujas conclusões serão disponibilizadas na Internet sob a forma de uma ficha informativa.

- (c) adaptação do ambiente e do equipamento de trabalho;
- (d) estabelecimento de períodos de descanso e disponibilização de instalações adequadas para o efeito;
- (e) dispensa ao trabalho para deslocação a consultas médicas;
- (f) baixas por doença flexíveis;
- (g) trabalho a tempo parcial e regimes de regresso ao trabalho flexíveis.

73

É preferível que as condições gerais de adaptação razoável sejam definidas em conjunto pelos empregadores e pelos trabalhadores e seus representantes. Devem ser organizadas campanhas de sensibilização para que os outros trabalhadores compreendam que a adaptação razoável é um meio de prestar cuidados indispensáveis e não um tratamento favorável.

Programas de assistência aos funcionários

74

Os programas de assistência aos funcionários têm por objetivo a prestação de informações, aconselhamento e apoio aos trabalhadores sobre um vasto leque de questões pessoais, jurídicas ou relacionadas com a saúde. Estes programas podem proporcionar um quadro eficaz para o funcionamento dos serviços de promoção da saúde no trabalho. A prestação de apoio pode estender-se aos familiares dos trabalhadores, com vista a permitir as suas participações em programas implementados no local de trabalho – por exemplo, educação sobre a prevenção da infecção VIH/sida – ou a ajudá-los a fazerem face à doença ou dependência do trabalhador. Em alguns casos, poderá ser necessário criar estes programas ou alargar o leque de serviços prestados ao abrigo dos mesmos. Em ambos os casos, será importante consultar os trabalhadores e os seus representantes e, eventualmente, as autoridades governamentais competentes e outras partes interessadas.

75

Os grandes estabelecimentos públicos de saúde, como os hospitais mais importantes, devem criar serviços que prestem uma assistência familiar completa ou reforçar os que já existem. Nos casos em que não esteja ao alcance dos pequenos estabelecimentos privados ou não governamentais, este tipo de assistência poderia ser prestada através da colaboração entre as diversas entidades, nomeadamente autoridades sanitárias locais, organizações comunitárias e grupos de auto-ajuda. Os empregadores, os trabalhado-

res e as respectivas organizações devem estudar, em conjunto, formas de contribuir para apoiar as famílias dos trabalhadores que vivem com a infecção VIH/sida. É importante incentivar a participação das mulheres, dos prestadores de cuidados e das pessoas que vivem com a infecção VIH/sida neste processo.

Protecção social

76

A protecção social é um elemento importante da prestação de cuidados e de apoio. Para além dos regimes formais de segurança social, ela abrange igualmente regimes privados ou facultativos com objectivos semelhantes, tais como as sociedades mutualistas ou os planos de pensões profissionais. Estes regimes podem prever, por exemplo, a solidariedade de grupo, um subsídio do empregador ou até mesmo um subsídio governamental. Algumas convenções da OIT tratam de aspectos da protecção social e da segurança social (ver Apêndice 1).

Conhecimento, educação e formação

77

A capacidade de produzir, processar e divulgar conhecimentos é essencial para a formulação de estratégias eficazes de SST e para a monitorização dos seus benefícios. Os elementos centrais desta base de conhecimentos incluem necessariamente normas internacionais do trabalho, legislação nacional, normas técnicas, dados estatísticos, dados de avaliação dos riscos, boas práticas e ferramentas de educação e formação. Os empregadores devem assegurar a disponibilidade e a utilização, no local de trabalho, de ferramentas adequadas para recolher, analisar e organizar as informações necessárias para manter um ambiente de trabalho seguro e saudável. Os trabalhadores e os seus representantes devem participar neste processo, de modo a que os seus conhecimentos e experiência possam ser tomados em consideração.

78

A educação e a formação devem ser concebidas em função das necessidades e situações dos diferentes grupos de destinatários. Os empregadores devem consultar as autoridades competentes para obterem informações complementares sobre formação e colaborar com os trabalhadores, os seus representantes e as associações profissionais no desenvolvimento dos programas de educação e dos materiais de formação. Na medida do possível, os grandes hospitais, sobretudo os hos-

pitais universitários, e outros serviços de saúde especializados devem colaborar na criação de mecanismos de intercâmbio de conhecimentos destinados a proporcionar educação, formação e informação aos serviços de saúde de menor dimensão, incluindo os serviços de saúde no trabalho, bem como a serviços comunitários e a prestadores de cuidados no domicílio. Os hospitais e clínicas privados devem ser incentivados a facilitar a efectiva circulação de conhecimentos e competências no sistema nacional de saúde. Devem igualmente procurar obter os conhecimentos científicos mais recentes gerados pelas instituições académicas e de investigação nacionais e internacionais, incluindo as associações profissionais.

79

Os empregadores devem certificar-se de que os profissionais de saúde, seja qual for o seu nível, dispõem das informações e da formação de que necessitam para manter, actualizar e melhorar as suas competências e conhecimentos, consoante as necessidades. Os programas de informação e formação destinados aos profissionais de saúde devem permitir-lhes:

- (a) conhecer melhor os riscos da exposição a patogénios transmissíveis pelo sangue;
- (b) compreender os modos de transmissão destes patogénios, especialmente o VIH, a hepatite B e a hepatite C;
- (c) identificar e prever situações em que possam estar expostos a patogénios transmissíveis pelo sangue;
- (d) aplicar a hierarquia de controlos para evitar a exposição (ver ficha informativa n.º 4);
- (e) adoptar as precauções básicas e outras práticas relativas a segurança e saúde no trabalho;
- (f) utilizar e manusear instrumentos, bem como equipamento e vestuário de protecção individual;
- (g) conhecer as respectivas obrigações legais em matéria de SST;
- (h) participar, de forma rápida e precisa, qualquer exposição a sangue ou outros líquidos orgânicos à pessoa designada no local de trabalho;
- (i) iniciar o acompanhamento e a profilaxia pós-exposição, em conformidade com a avaliação do nível de risco de transmissão;

- (j) aplicar processos de diálogo social para melhorar as práticas adoptadas no local de trabalho;
- (k) participar numa comissão de SST ou prestar apoio ao seu funcionamento.

80

Por seu lado, os programas de informação e formação destinados a gestores e supervisores devem permitir-lhes:

- (a) assegurar que os profissionais de saúde em situação de risco estão informados sobre os modos de transmissão de patógenos transmissíveis pelo sangue, tais como o VIH, a hepatite B e a hepatite C;
- (b) implementar e gerir diferentes elementos da SST, especialmente as práticas de trabalho seguras e as medidas de prevenção e de protecção;
- (c) conhecer as respectivas obrigações legais em matéria de SST;
- (d) assegurar que todos os casos de exposição ao VIH e a hepatite B e C são participados, investigados e objecto de medidas correctivas;
- (e) reencaminhar os profissionais de saúde para serviços de informação, orientação e aconselhamento, caso estes tenham dúvidas sobre a exposição em geral ou a profilaxia pós-exposição.

81

Os materiais de formação devem basear-se em informações e metodologias validadas, que sejam aceites a nível nacional pelas autoridades reguladoras e pelos especialistas do sector. Os melhores formadores são, muitas vezes, profissionais de saúde com competências e experiência comprovadas; assim, recomenda-se o recurso à educação pelos pares a todos os níveis, juntamente com uma metodologia participativa. A ficha informativa n.º 11 contém uma lista dos principais elementos a incluir nos programas de informação, educação e formação destinados aos profissionais de saúde. Outras áreas específicas de formação são também identificadas nos pontos 20(d) (O papel das organizações de empregadores e de trabalhadores), 24 (Reconhecimento da infecção VIH/sida como uma questão laboral), 26(c) (Estigmatização e discriminação no sector de saúde), 28 (Género: questões relevantes para as mulheres e para os homens), 31 (Diálogo social), 38 (Gestão dos riscos), 39 (Identificação dos perigos), 41(f) (Controlo dos riscos), 57 (Sistema de resposta em caso de exposição).

Investigação e desenvolvimento

82

É do interesse dos empregadores, dos trabalhadores e da sociedade como um todo facilitar, tanto quanto possível, a investigação e o desenvolvimento no domínio da infecção VIH/sida. Tal poderá incluir estudos sobre a seroprevalência e a sua incidência, desenvolvimento de vacinas e medicamentos, investigação sobre mudanças comportamentais e outros domínios que contribuem para melhorar a gestão da pandemia da infecção VIH/sida.

Apêndice 1

Fundamentos para a acção no plano internacional

Programas internacionais relevantes sobre a infecção VIH/sida

As presentes directrizes foram elaboradas com o objectivo de dar um contributo para os programas sobre a infecção VIH/sida actualmente implementados pelos seguintes organismos:

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a infecção VIH/sida

O programa ONUSIDA é o principal promotor da acção global contra a epidemia, liderando, reforçando e apoiando iniciativas de grande alcance que visam a prevenção da transmissão do VIH, a prestação de cuidados e apoio, a redução da vulnerabilidade das pessoas e das comunidades face à infecção VIH/sida e a minimização do impacto da epidemia. Este programa é uma iniciativa conjunta que coordena os esforços e os recursos de dez organizações do sistema das Nações Unidas, com vista a ajudar o mundo a prevenir novas infecções por VIH, a prestar cuidados àqueles que já estão infectados e a minimizar o impacto da epidemia.

Organização Mundial da Saúde

Como co-patrocinadora do programa ONUSIDA, a OMS lidera as acções que no sector de saúde visam fazer face à epidemia de infecção VIH/sida. A sua actuação é guiada pela Estratégia Global para o Sector da Saúde relativa à infecção VIH/sida 2003-07, apoiada pela Assembleia Mundial da Saúde de Maio de 2003. A infecção VIH/sida é uma prioridade para a OMS e o princípio fundamental do programa está ligado a outros programas relacionados dentro das áreas da saúde ocupacional, saúde sexual e reprodutiva, tuberculose, segurança na transfusão de sangue, saúde de crianças e adolescentes, política de medicamentos essenciais; vigilância de doenças, saúde mental, desenvolvimento de vacinas e microbicidas, saúde de homens e mulheres, saúde educacional e dependência de substâncias. A OMS é a agência líder para a implementação da iniciativa “3 até 5” que visa distribuir tratamentos anti-retrovirais a 3 milhões de pessoas que vivem com a SIDA, em países em desenvolvimento, até ao final do ano de 2005.

Organização Internacional do Trabalho

A resposta da OIT à infecção VIH/sida foi motivada pela ameaça que a pandemia representa para a saúde, os direitos, a produtividade e os meios de subsistência dos seus mandatários, bem como pelos obstáculos que coloca à concretização do objectivo estabelecido pela Organização de reduzir os défices de trabalho digno, sobretudo ao nível do emprego e da protecção social.

Os princípios da justiça social e da igualdade, o tripartismo e as normas fundamentais do trabalho constituem os pilares da abordagem baseada nos direitos adoptada pela OIT no seu contributo para os esforços de luta contra a infecção VIH/sida desenvolvidos à escala global. O Programa da OIT sobre a infecção VIH/sida (ILO/AIDS) tem por missão demonstrar que o local de trabalho constitui um ambiente privilegiado para desenvolver uma acção eficaz destinada a reduzir a propagação e o impacto da epidemia da Sida. Por conseguinte, todas as actividades são ajustadas com o objectivo de ajudar os mandatos tripartidos da OIT e contribuir activamente para os esforços nacionais, de forma a incluir o local de trabalho nos planos e estratégias nacionais e elaborar políticas e programas para todos os locais de trabalho, baseados nas normas internacionais e fundamentais e mais exactamente na Colectânea das Directivas Práticas sobre o VIH/sida no Mundo do Trabalho.

Normas e instrumentos internacionais relevantes

Actualmente, não existe qualquer tratado ou convenção internacional que verse especificamente sobre a infecção VIH/sida. Alguns dos instrumentos jurídicos mais importantes neste domínio foram elaborados pela OIT. Os programas das Nações Unidas dedicados à infecção VIH/sida e a OMS também elaboraram instrumentos internacionais relevantes, tais como declarações e directrizes técnicas.

Instrumentos das Nações Unidas

- Sessão especial da Assembleia-geral das Nações Unidas sobre a Sida (UNGASS): Declaração de compromisso sobre a infecção VIH/sida, 2001;
- Programa ONUSIDA e Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH): International Guidelines on Human Rights and HIV/AIDS, 1998; e Revised Guideline 6: Access to prevention, treatment, care and support, 2002;
- Objectivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas, 2000.

Instrumentos da Organização Internacional do Trabalho

Convenções e recomendações

- Convenção (n.º 111) e Recomendação n.º 111 sobre a discriminação em matéria de emprego e profissão, de 1958.
- Convenção (n.º 155) sobre a segurança e saúde dos trabalhadores, de 1981.
- Convenção (n.º 161) sobre os serviços da saúde no trabalho, de 1985. ^{NT}
- Convenção (n.º 158) sobre a cessação da relação de trabalho, de 1982.
- Convenção (n.º 159) respeitante à readaptação profissional e emprego de deficientes, de 1983.
- Convenção (n.º 102) relativa à norma mínima da segurança social, de 1952.
- Convenção (n.º 81) relativa à inspecção do trabalho, de 1947.
- Convenção (n.º 151) relativa às relações de trabalho na função pública, de 1978.
- Convenção (n.º 98) sobre o direito de organização e de negociação colectiva, de 1949
- Convenção (n.º 154) sobre a negociação colectiva ^{NT}, de 1981.
- Convenção (n.º 175) sobre trabalho a tempo parcial ^{NT}, de 1994.
- Convenção (n.º 97) relativa aos trabalhadores migrantes (revista), de 1949.
- Convenção (n.º 143) relativa aos trabalhadores migrantes (disposições complementares), de 1975.
- Recomendação (n.º 116) relativa à redução progressiva da duração normal do trabalho ^{NT}, de 1962.
- Convenção (n.º 171) e Recomendação (n.º 178) relativas ao trabalho nocturno, de 1990.
- Protocolo de 1990 à Convenção (n.º 89) relativa ao trabalho nocturno das mulheres (revista), de 1948.
- Convenção (n.º 149) e Recomendação (n.º 157) relativas ao pessoal de enfermagem, de 1977.

NT: Estas Convenções não foram ratificadas por Portugal, logo ainda não existem traduções oficiais.

C (n.º 161) Occupational Health Services Convention;

C (n.º 154) Collective Bargaining Convention; C (n.º 175) Part-Time Work Convention; R (n.º 116) Reduction of Hours of Work Recommendation.

Códigos de prática, directrizes e outros instrumentos

- ILO code of practice on workplace violence in services sectors, 2004.
- Colectânea das Directivas Práticas sobre o VIH/sida no Mundo do Trabalho, 2001.
- Guidelines on occupational safety and health management systems, 2001.
- Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance, 1997.
- ILO code of practice on the protection of workers' personal data, 1997.
- Recording and notification of occupational accidents and diseases, 1995.

Directrizes e outros instrumentos da OMS

Instrumentos e política

- Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2003-07: Providing a framework for partnership and action.
- Resolution WHA57.14 on scaling up treatment and care within a coordinated and comprehensive response to HIV/AIDS, 2004.
- Resolution on the contribution of the WHO to the follow-up of the United Nations General Assembly special session on HIV/AIDS, 2002.

Directrizes técnicas

- Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide, 2.^a edition (2002). WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. ^{NT}
- Guidelines for the prevention of tuberculosis in health-care facilities in resource-limited settings, 1999.
- A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities, 2004.
- Safe health-care waste management (policy paper), 2004.
- WHO/ILO/ICN/PSI: Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector, 2002.
- Location production of injection devices with reuse preven-

NT: Documento disponível em inglês (PDF 405 kb) e em espanhol (PDF 806 kb), http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12/en/.

tion features including auto-disable syringes: terms of reference for assistance by the WHO in technology transfer activities, 2004.

- Aide-mémoire for infection prevention and control in a health-care facility, 2004.
- A reference outline for developing a national policy and plan of action for injection safety in national immunization programmes, 2003.
- Aide-mémoire for a strategy to protect health-care workers from infection with blood-borne viruses, 2003
- Managing an injection safety policy, 2003.
- Aide-mémoire on blood safety for national blood programmes, 2002.
- HIV testing and counselling: The gateway to treatment, care and support, 2004.
- Integrated guidelines for ART in the context of primary health care, 2004.
- Scaling up HIV/AIDS care: Service delivery and human resources perspectives, 2004.
- Standards for quality HIV care: A tool for quality assessment, improvement, and accreditation, 2004.
- Guidance on ethics and equitable access to HIV treatment and care, WHO, 2004.

Fichas informativas

Nota: as fichas informativas que se seguem contêm informações práticas internacionalmente reconhecidas – disponíveis à data da publicação das presentes directrizes – sobre os perigos e as medidas de prevenção e controlo dos riscos destinadas a proteger os profissionais de saúde contra a exposição ao VIH e a outros patógenos infecciosos. No entanto, tendo em conta a rapidez do progresso técnico e científico, elas serão actualizadas e disponibilizadas em formato electrónico nos sítios internet da OMS e da OIT. Recomenda-se a consulta periódica destes sítios e de outras fontes para novas informações ou informações actualizadas sobre as questões objecto das fichas informativas.

Ficha informativa n.º 1

Caracterização dos riscos: vírus da hepatite e VIH

Vírus da hepatite

As causas habituais da hepatite viral são o vírus da hepatite B (VHB) e o da hepatite C. Entre os sintomas da hepatite contam-se o desconforto abdominal, náuseas, perda de apetite, fadiga, febre, icterícia e urina escura. As análises ao sangue permitem determinar a causa da hepatite e, se for o caso, o tipo de vírus na origem da infecção.

Vírus da hepatite B

O VHB encontra-se no sangue e em outros líquidos/substâncias orgânicos, como o sêmen. Pode ser transmitido de uma pessoa para outra através de sangue ou outros líquidos/substâncias infectados que entrem no organismo e poderá ocorrer:

- por injeção ou lesão provocada por material de injeção (por ex., picada de uma agulha ou consumo de droga por via intravenosa) ou outros objectos cortantes ou perfurantes contaminados;
- por contacto sexual (sobretudo o vírus da hepatite B);
- por transfusão de sangue ou de produtos sanguíneos infectados ou pelo transplante de material infectado;
- por transferência indirecta de sangue infectado devido à partilha de lâminas de barbear, escovas de dentes e outros objectos pessoais;
- por contacto com mucosas (por ex., salpicos de substâncias orgânicas que atinjam a boca, o nariz, os olhos ou pele não intacta); ou
- por transmissão da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação.

O VHB pode sobreviver no sangue e em outros líquidos/substâncias orgânicos fora do organismo. Geralmente, este vírus não se transmite pelo simples contacto entre pessoas. Os toxicodependentes que utilizam seringas infectadas estão expostos a um risco muito maior de infecção por VHB. A infecção num contexto laboral ocorre sobretudo por transmissão através de agulhas e outros objectos cortantes e perfurantes contaminados existentes no local de trabalho ou por contacto com mucosas (por ex., salpicos de substâncias orgânicas que atingem a boca, o nariz, os olhos ou pele não intacta).

Existe uma vacina para prevenir a infecção por VHB. A maioria dos

adultos infectados por VHB não sofre de doenças graves e poderá não ser afectada por icterícia. Nos casos em que surgem sinais evidentes de uma doença, a sua gravidade pode variar. Algumas das pessoas infectadas por VHB nunca recuperam da infecção e transformam-se em portadores crónicos. Alguns portadores podem transmitir a doença a outros, mas o grau de infecção varia de pessoa para pessoa e, para a mesma pessoa, pode variar ao longo do tempo. O risco de se tornar portador é mais elevado entre aqueles que são infectados à nascença por a mãe estar também infectada. Os portadores crónicos correm o risco de sofrer de cirrose hepática ou de cancro primário do fígado.

Vírus da hepatite C

O VHC transmite-se por contacto sanguíneo, sendo a partilha de seringas entre toxicódependentes um factor de risco acrescido. A tatuagem e o piercing com material contaminado, as lesões provocadas por picadas de agulhas, as transfusões de produtos sanguíneos em que o processo não está sujeito a controlos rigorosos e a transmissão da mãe para o bebé são também modos de transmissão de risco moderado a baixo. Embora o VHC não esteja classificado como uma infecção sexualmente transmissível, a sua transmissão por via sexual é possível se existir partilha de sangue, embora se considere que tal seja um fenómeno raro. Actualmente, não existe uma vacina contra o VHC. Nas primeiras fases da infecção, nem sempre se manifestam indícios ou sintomas de doença. Cerca de 75 por cento das pessoas com infecções por VHC desenvolvem uma infecção crónica de hepatite C. A maioria das pessoas com hepatite C crónica começará a exibir sintomas, que poderão variar entre moderados e graves, decorridos aproximadamente dez a quinze anos. Os sintomas mais comuns são fadiga, náuseas, dores musculares, dores abdominais e perda de apetite. A infecção por VHC em contexto laboral poderá resultar de lesões provocadas por objectos cortantes ou perfurantes contaminados ou, em casos mais raros, do contacto de mucosas (ou seja, olhos, nariz e boca) com o sangue.

Outros vírus da hepatite

Entre estes contam-se a hepatite A (e, menos comum, a hepatite E) e a hepatite D e G. O VHD e o VHG, embora sejam menos comuns do que o VHB e o VHC, propagam-se provavelmente por meios semelhantes e é provável que possam ser controlados mediante a aplicação das medidas propostas nas presentes directrizes para o VHB e o VHC.

Vírus da imunodeficiência humana (VIH)

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) pode danificar o sistema imunitário, retirando-lhe a capacidade de lutar contra as infecções. É esta a causa da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Uma característica importante da infecção por VIH é o facto de, geralmente,

decorrer um longo período após a infecção inicial durante o qual a pessoa infectada apresenta poucos ou nenhuns sintomas da doença. Em regra, o VIH progride ao longo de diversas fases. Nas primeiras semanas de infecção, a pessoa pode apresentar sintomas semelhantes aos da febre glandular. É geralmente nesta altura que se formam os anticorpos contra o vírus (três a 12 semanas após a infecção). Após a infecção inicial, segue-se um longo período durante o qual a pessoa apresenta poucos ou nenhuns sintomas, mas é possível detectar o VIH pela presença de anticorpos no sangue. Este período dura habitualmente entre três e oito anos após a infecção inicial.

À medida que o vírus começa a destruir o sistema imunitário, poderão surgir sintomas como perda de peso, febre, diarreia e hipertrofia das glândulas linfáticas. Geralmente, dá-se uma deterioração progressiva do sistema imunitário, que resulta, em última análise, na SIDA propriamente dita. O doente em fase terminal poderá sofrer de várias infecções, cancro e distúrbios neurológicos.

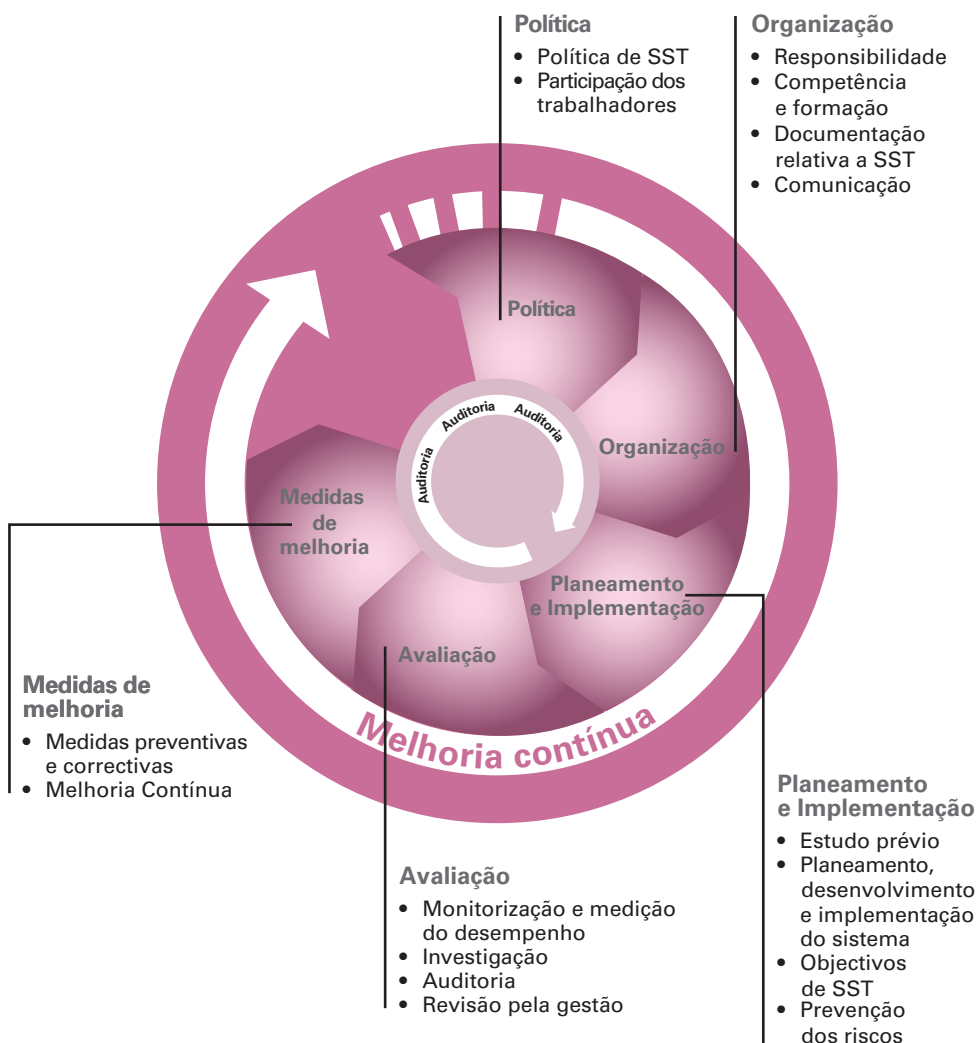
OVIH não é tão infeccioso quanto o vírus da hepatite B (VHB) ou da hepatite C (VHC), mas propaga-se por meios semelhantes. A infecção por VIH pode ocorrer na sequência da transferência de sangue humano ou outros líquidos/substâncias orgânicos infectados durante as relações sexuais (anais ou vaginais), de uma lesão provocada por objectos cortantes ou perfurantes (nomeadamente picadas de agulha) ou em caso de partilha de seringas para consumo de drogas. O vírus pode também ser transmitido da mulher infectada para o bebé durante a gravidez, o parto ou a amamentação.

O VIH não se transmite habitualmente por contacto não sexual entre as pessoas. No entanto, este vírus pode ser transmitido por contacto directo entre materiais infectados, como sangue ou outros líquidos/substâncias orgânicos, e pele ferida ou as membranas mucosas dos olhos, do nariz ou da boca. A partilha de escovas de dentes e de lâminas de barbear aumenta provavelmente o risco de transmissão. A infecção num contexto laboral ocorre sobretudo por transmissão através de agulhas e outros objectos cortantes e perfurantes contaminados ou por contacto com mucosas (por ex., salpicos de substâncias orgânicas que atingem a boca, o nariz, os olhos ou pele não intacta). Embora o VIH possa sobreviver nos líquidos/substâncias orgânicos fora do organismo, é muito mais frágil do que os vírus da hepatite e não sobrevive muito tempo nestas condições. Actualmente, não existe qualquer vacina contra o VIH. Não existe qualquer prova de que o VIH seja transmissível por intermédio de picadas de insectos, ingestão de alimentos e água ou pela utilização dos mesmos utensílios para comer ou beber; espirros, tosse, suor, lágrimas, partilha de peças de vestuário ou contacto com aparelhos de telefone; instalações sanitárias ou piscinas.

Ficha informativa n.º 2

O ciclo da gestão da segurança e saúde no trabalho

A figura em baixo apresenta as principais secções do sistema de gestão da SST, bem como os elementos que as compõem, com base ^{NT} nas directrizes da OIT relativas aos sistemas de gestão da SST, de 2001.



Para mais informações sobre ILO-OSH, de 2001, é favor contactar: SafeWork, OIT, 4, route des Morillons, CH-1211 Genève 22, Suisse. Tel.: +41-22-799-6715. Fax: +41-22-799-6878. E-mail safework@ilo.org, Website: <http://www.ilo.org/safework>.

NT: Directrizes da OIT relativas aos sistemas de gestão da segurança e da saúde no trabalho.

Ficha informativa n.º 3

Modelo para uma estrutura dos sistemas de gestão de SST de um hospital ²²

O presente modelo, retirado das directrizes elaboradas pelo Department of Human Services do Estado de Vitória (Austrália), apresenta, de forma esquemática, os elementos-chave que qualquer hospital ou serviço de saúde necessita para desenvolver um método global para gerir as suas obrigações em matéria de saúde e segurança, incluindo a obrigação legal de manter um local de trabalho livre de riscos, bem como para assegurar uma melhoria contínua do desempenho no domínio da saúde e segurança e a redução dos custos emergentes de acidentes de trabalho, doenças profissionais e indemnização dos trabalhadores.

Estrutura do sistema

- 1. Política e compromisso em matéria de SST:** Um local de trabalho saudável e seguro exige a participação e o compromisso de todos, bem como uma parceria contínua entre o empregador, os trabalhadores e os seus representantes. Para tal, deve ser formulada uma política geral que formalize o compromisso da organização para com a saúde e segurança, e que estabeleça a forma como esta pretende cumprir esse compromisso. Esta política deve ainda definir como objectivo a criação de um local de trabalho livre de acidentes e doenças.
- 2. Responsabilidades em matéria de SST:** O sistema de saúde e segurança apenas poderá ser gerido eficazmente se existir uma definição clara das responsabilidades e estas forem atribuídas a pessoas que exercem cargos de gestão e de supervisão. As responsabilidades atribuídas a cada cargo devem ser proporcionais aos poderes inerentes ao mesmo. Os funcionários também são responsáveis pela manutenção de um local de trabalho seguro e saudável. Como tal, estas responsabilidades devem ser discriminadas nas descrições de funções.
- 3. Consulta em matéria de SST:** As pessoas mostrar-se-ão mais empenhadas na aplicação do sistema de saúde e segurança se participarem no seu desenvolvimento e forem consultadas sobre os aspectos do sistema que as afectam. Esta consulta permite melhorar o funcionamento do sistema, dado que fornece aos interessados informações sobre as actividades de saúde e segurança e proporciona-lhes a oportunidade de exprimirem as suas ideias e opiniões sobre a melhor forma de gerir a saúde e a segurança nos seus locais de trabalho.
- 4. Formação em SST:** Para poderem contribuir para manter condições óptimas de saúde e segurança, todos têm de saber de que forma esta área é gerida no local de trabalho. É igualmente fundamental que saibam desempenhar as suas funções em condições de segurança. A formação em SST é particularmente importante para os novos traba-

lhadores, dado que, nesta fase inicial, ainda não conhecem bem o sistema e os perigos com que se podem deparar.

5. Procedimentos de SST: Os procedimentos aplicáveis em matéria de SST devem ser reduzidos a escrito para que todos conheçam o funcionamento do sistema de saúde e segurança e seja possível garantir a segurança de todas as práticas de trabalho comuns. Estes procedimentos devem abranger as actividades-chave do sistema, tais como a gestão dos riscos, as compras, a concepção e as medidas a adoptar em caso de emergência. Estes procedimentos constituem a base do manual de saúde e segurança da organização.

6. Gestão de fornecedores: Os estabelecimentos de saúde recorrem a empresas externas para a prestação de diversos serviços médicos e de outra natureza. A saúde e a segurança devem fazer parte dos critérios de selecção de fornecedores, para que apenas sejam contratadas entidades idóneas. É necessário assegurar a gestão destes fornecedores quando se encontram no local de trabalho, para evitar que coloquem a sua saúde e a das outras pessoas em risco.

7. Indicadores e metas de desempenho em matéria de SST: É necessário estabelecer metas para o sistema de saúde e segurança, para que a sua actividade seja orientada em função de resultados específicos e seja possível medir o desempenho em matéria de gestão da saúde e segurança. As metas dotam o sistema de uma linha condutora e proporcionam um quadro para a avaliação contínua do mesmo. Devem ser definidos indicadores de desempenho do sistema para que o seu funcionamento possa ser regularmente verificado e sejam adoptadas medidas correctivas para orientar os progressos no sentido das metas estabelecidas.

Actividade do sistema

8. Processos de gestão dos riscos: Em todos os locais de trabalho existem perigos que podem representar uma ameaça para a saúde e segurança de todos. Entre estes, contam-se, por exemplo, o manuseamento de instrumentos, a exposição a infecções, substâncias perigosas, comportamentos violentos, escorregadelas, tropeções e quedas. A identificação dos perigos e a implementação de controlos eficazes deve ser um processo contínuo. É necessário eliminar integralmente os perigos ou controlar os riscos que eles comportam, para garantir a segurança das pessoas.

9. Inspecção, testes e medidas correctivas: É indispensável proceder a verificações periódicas e programadas do local de trabalho para garantir a eficácia das medidas de controlo dos riscos adoptadas, e identificar novos perigos que tenham eventualmente surgido. Estas verificações podem assumir a forma de inspecções do local, manuten-

ção das máquinas e equipamento e testes ao ambiente de trabalho. Devem ser definidas, registadas e implementadas medidas correctivas para manter um ambiente de trabalho seguro.

10. Participação de incidentes e medidas a adoptar em caso de emergência: Embora o sistema de saúde e segurança tenha por objectivo impedir que as pessoas se lesionem ou contraiam doenças no trabalho, poderão sempre acontecer incidentes de segurança. Deve existir um procedimento para participar e investigar incidentes, a fim de evitar a sua repetição. Devem ser também estabelecidos procedimentos para acidentes graves de segurança que envolvam, por exemplo, um incêndio, um derramamento de produtos químicos ou comportamentos violentos.

11. Gestão dos acidentes e regresso ao trabalho: As pessoas que sejam vítimas de um acidente de trabalho ou de uma doença profissional devem receber assistência a fim de acelerar, tanto quanto possível, o seu regresso ao trabalho. Este regresso ao trabalho poderá ter de ser progressivo, o que implicará uma redução do horário de trabalho ou a realização de tarefas menos exigentes até à recuperação total.

12. Controlo da documentação de SST: Um sistema de SST produz vários documentos importantes. Estes documentos devem ser conservados a fim de servirem de base para se avaliar o desempenho do sistema e determinar se as suas actividades estão a ser executadas como previsto.

Análise do sistema

13. Análise do desempenho do sistema de SST: O desempenho do sistema de saúde e segurança deve ser objecto de uma análise regular para assegurar o seu bom funcionamento e a manutenção de padrões satisfatórios de saúde e segurança. O sistema deve ser avaliado com base nos indicadores de desempenho definidos.

14. Auditoria do sistema de SST: As auditorias do sistema de saúde e segurança devem ter lugar periodicamente para verificar se o sistema foi bem implementado e se está a funcionar como previsto. Poderá ser estabelecido um programa de auditorias internas e externas. As auditorias externas permitem efectuar uma verificação independente do funcionamento do sistema.

15. Aperfeiçoamento contínuo do sistema de SST: Nenhum sistema é perfeito; é sempre possível melhorá-lo. Devem ser desenvolvidos esforços para melhorar o sistema de saúde e segurança com o objectivo de elevar ainda mais os padrões de segurança no local de trabalho.

Ficha informativa n.º 4

Hierarquia dos controlos aplicados ao risco de exposição a patógenos transmissíveis pelo sangue

Os métodos de controlo dos riscos profissionais são tradicionalmente discutidos em termos de hierarquia e apresentados por ordem de prioridade, em função da sua eficácia na prevenção da exposição ao perigo ou na prevenção dos danos resultantes dessa exposição. O quadro que se segue descreve a aplicação da hierarquia de controlos ao risco de exposição a patógenos transmissíveis pelo sangue.

Método de controlo

Eficácia da medida de controlo

Eliminação do perigo

Eliminação total de um perigo da área de trabalho. A eliminação constitui o método preferencial de controlo dos riscos, devendo ser seleccionado sempre que possível. Exemplos: remoção de objectos cortantes e perfurantes e agulhas e eliminação de todas as injeções desnecessárias. Algumas seringas e agulhas podem ser substituídas por dispositivos de injeção sem agulha. Pode-se também eliminar objectos cortantes e perfurantes desnecessários, tais como ganchos para toalhas, e utilizar dispositivos intravenosos sem agulha.

Um estudo realizado no Canadá revelou que os dispositivos intravenosos sem agulha apresentavam, ao longo de um ano, uma eficácia de 78,7 por cento a nível da redução das lesões provocadas por picadas de agulhas utilizadas em linhas intravenosas.

Controlos técnicos

Controlos que isolam ou removem um perigo de um local de trabalho. Exemplos: recipientes para objectos cortantes e perfurantes (também designados por caixas de segurança) e agulhas retrácteis, de ponta romba ou com mecanismo automático de cobertura após a utilização (também designadas por dispositivos com agulha mais seguros ou objectos cortantes ou perfurantes com funções de prevenção de acidentes).

A utilização de recipientes para objectos cortantes e perfurantes permitiu reduzir os acidentes em dois terços.

Uma análise de sete estudos sobre dispositivos com agulha mais seguros revelou uma redução dos acidentes de 23 a 100 por cento, com uma média de 71 por cento.

Controlos administrativos

Políticas que visam limitar a exposição ao perigo, tais como as precauções universais. Exemplos: uma distribuição de recursos que traduza um compromisso para com a segurança dos profissionais de saúde, as comissões de prevenção de lesões provocadas por agulhas, os planos de controlo da exposição, a remoção de todos os dispositivos que impliquem riscos e uma formação contínua sobre a utilização de dispositivos seguros.

O baixo nível de segurança e a falta de pessoal foram apontados como causas de um aumento de 50 por cento das lesões provocadas por picadas de agulha e quase-acidentes.

Controlos relativos às práticas de trabalho

Reduzem a exposição a riscos profissionais através do comportamento dos trabalhadores. Exemplos: não voltar a colocar as tampas nas agulhas, colocar os recipientes para objectos cortantes e perfurantes ao nível dos olhos e ao alcance da mão, esvaziar estes recipientes antes de estarem cheios e definir métodos seguros para o manuseamento e eliminação de dispositivos cortantes ou perfurantes antes de iniciar um procedimento.

A prática de não voltar a colocar as tampas nas agulhas permitiu reduzir as lesões provocadas por picadas de agulhas em dois terços.

Equipamento de protecção individual (EPI)

Barreiras e filtros entre o trabalhador e o perigo. Exemplos: óculos de protecção, luvas, máscaras e batas.

O EPI evita as exposições a salpicos de sangue, mas não as lesões provocadas por picadas de agulha. O uso de dois pares de luvas num ambiente cirúrgico permitiu reduzir a perfuração das luvas interiores em 60 a 70 por cento.

Ficha informativa n.º 5

Prevenção da infecção nosocomial por VIH através de medidas de precaução básicas

Em que consistem?

As medidas de precaução básicas combinam as principais características das **precauções universais** (que visam reduzir o risco de transmissão, pelo sangue ou por outros líquidos orgânicos, de patógenos transmissíveis pelo sangue) e do **isolamento de substâncias orgânicas** (que visa reduzir o risco de transmissão de patógenos por via de substâncias orgânicas húmidas). As medidas de precauções básicas são aplicáveis: (1) ao sangue; (2) a todos os líquidos orgânicos, secreções e excreções, excepto o suor, independentemente de conterem ou não sangue visível; (3) à pele não intacta; e (4) às membranas mucosas. As medidas de precaução básicas visam reduzir o risco de transmissão de microorganismos provenientes de fontes de infecção, reconhecidas e não reconhecidas, existentes nos hospitais. Segundo o princípio das medidas de precaução básicas, todo o sangue e outros líquidos orgânicos devem ser considerados potencialmente infectados por patógenos transmissíveis pelo sangue, nomeadamente o VIH e a hepatite B e C, independentemente do estado clínico do doente ou dos factores de risco presumivelmente a ele associado.

As medidas de precaução básicas abrangem:

- a lavagem das mãos;
- o uso de equipamento de protecção individual (luvas, batas, máscaras, sempre que seja previsível o contacto com líquidos orgânicos dos doentes ou a exposição a estes líquidos);
- a instalação de doentes;
- práticas ambientais (eliminação de resíduos, limpeza, roupa suja);
- o manuseamento e a eliminação de objectos cortantes e perfurantes;
- práticas de trabalho;
- o manuseamento e o transporte de amostras;
- os cuidados com o equipamento (limpeza, transporte e manutenção).

Por que razão as medidas de precaução básicas são importantes?

A exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos pode resultar na transmissão de infecções como a hepatite B e C, bactérias, vírus e o VIH. Estas exposições podem ser óbvias (por exemplo, quando uma seringa usada perfura a pele) ou mais subtis (por exemplo, quando o sangue ou líquido orgânico de uma pessoa infectada entra em contacto com microescoriações presentes na pele do profissional de saúde). As infecções podem ser transmitidas de um doente para outro, de um doente para um profissional de saúde ou de um profissional de saúde para um doente (apesar desta última situação ser pouco frequente).

O não cumprimento das medidas de precaução básicas aumenta os casos de transmissão de infecções que, de outro modo, poderiam ter sido evitadas.

Como se pode garantir a adopção de medidas de precaução básicas?

Para os profissionais de saúde poderem cumprir os procedimentos associados às medidas de precaução básicas, as autoridades nacionais e os estabelecimentos de saúde devem assegurar a implementação de políticas e directrizes adequadas e a disponibilidade de equipamentos e materiais. A fim de facilitar a adopção de práticas de controlo de infecções por estes profissionais, as políticas e directrizes implementadas a nível institucional e nacional devem:

- **Garantir que todo o pessoal tenha recebido a formação adequada para tratar todas as substâncias orgânicas como se fossem infecciosas.** Os profissionais de saúde devem receber formação sobre os riscos profissionais e compreenderem a necessidade de adoptar precauções básicas com todas as pessoas, em todas as circunstâncias, independentemente do diagnóstico. Os estabelecimentos de saúde devem realizar acções regulares de formação em serviço destinadas a todo o pessoal médico e não médico. As precauções básicas devem igualmente fazer parte do programa de formação inicial dos profissionais de saúde.
- **Garantir a suficiência de pessoal, materiais e instalações.** Embora a formação dos profissionais de saúde seja essencial, não é suficiente para assegurar a observância das precauções básicas. Para proteger a saúde dos doentes e do pessoal e evitar que estes contraíam infecções, as instalações devem dispor dos materiais necessários à prestação de cuidados clínicos. Por exemplo, mesmo os estabelecimentos com recursos limitados devem dispor de produtos estéreis e limpos adequados. Deve estar disponível material de injeção descartável para cada medicamento injectável em aprovisionamento. Devem estar igualmente disponíveis águas, luvas, material de limpeza, meios de desinfecção e esterilização, incluindo meios para monitorizar e supervisionar as operações de reprocessamento. Para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde, é fundamental dispor de água em quantidade suficiente e facilmente acessível. (Mesmo quando não esteja disponível água corrente em todo o lado, deve ser assegurado o acesso a água em quantidade suficiente.) Importa igualmente disponibilizar meios para eliminar os resíduos médicos e laboratoriais em condições de segurança.
- **Adoptar normas adequadas a nível local que garantam a segurança dos doentes e do pessoal, tenham por base dados concretos e sejam eficazes.** A correcta utilização dos materiais e

as necessidades ao nível da formação e supervisão do pessoal devem ser claramente enunciadas nas políticas e directrizes institucionais. Além disso, estas políticas e directrizes têm de ser apoiadas pelo material disponível, devendo ser igualmente definidas normas sobre a sua monitorização e supervisão. (Uma supervisão regular no estabelecimentos de saúde pode ajudar a eliminar ou reduzir os riscos associados aos cuidados de saúde no local de trabalho.) Em caso de acidente ou contaminação devido à exposição a material infectado por VIH, deve ser disponibilizado aconselhamento, tratamento, seguimento e cuidados pós-exposição (sendo também necessário formular directrizes e uma política neste domínio).

- **Procurar reduzir o número de procedimentos desnecessários.**

Os estabelecimentos de saúde devem definir os casos em que devem ser realizados procedimentos de risco e os profissionais de saúde devem receber formação no sentido de recorrer a estes procedimentos apenas quando for estritamente necessário. Por exemplo, estes profissionais devem evitar as transfusões de sangue quando estas são desnecessárias e substituí-las, sempre que possível, por um procedimento mais seguro (por exemplo, o recurso a soluções de substituição). As injeções desnecessárias devem ser igualmente eliminadas. Sempre que for prescrita uma terapêutica farmacológica, as referidas directrizes devem recomendar, quando possível, o recurso a medicamentos orais. O cumprimento destas directrizes deve ser monitorizado.

- **Criar um grupo multidisciplinar para avaliar e gerir a aplicação das precauções básicas.** Seria importante criar um grupo multidisciplinar para gerir o problema da prevenção, avaliar as práticas em vigor e os recursos existentes em matéria de prevenção, estabelecer sistemas de vigilância para detectar casos de infecção de doentes e de profissionais de saúde, definir políticas e procedimentos, prestar formação ao pessoal e monitorizar o cumprimento.

- **Criar entre os consumidores uma procura de práticas mais seguras na prestação de cuidados de saúde.** A procura de procedimentos mais seguros – tais como material de injeção novo, descartável, não reutilizável e medicamentos orais – pode incentivar a adopção de precauções básicas.

Recursos humanos, infra-estruturas e materiais necessários

Para além de serem definidas directrizes institucionais sobre o controlo de infecções, devem ser ainda disponibilizados os materiais e instalações supramencionados, a saber: instalações para lavar as mãos, mais pontos de abastecimento de água, melhor ventilação, instalações

de esterilização, produtos de limpeza, medicamentos orais, agulhas e seringas estéreis descartáveis, recipientes para objectos cortantes e perfurantes, desinfectantes, capacidade laboratorial, equipamento e reagentes laboratoriais e agentes anti-retrovíricos. Para assegurar a gestão dos resíduos hospitalares, poderá ser necessário construir sistemas adaptados de tratamento de resíduos, tais como incineradores e sistemas alternativos à incineração.

Seria útil contar com um especialista em controlo de infeções ou designar um membro do pessoal administrativo para esse efeito, com vista a reduzir o número de infeções associadas aos cuidados de saúde. As medidas de prevenção de infeções devem fazer parte da formação de todos os profissionais de saúde, devendo essa formação ser regularmente supervisionada no local de trabalho. Devem ser desenvolvidos esforços institucionais específicos para monitorizar e reduzir os procedimentos invasivos desnecessários. Além disso, as associações profissionais, nomeadamente a de enfermeiros e a de médicos, devem estar envolvidas na protecção dos profissionais de saúde e apoiarem o princípio que consiste em garantir que não põe em causa a saúde de ninguém.

Informações sobre os custos

O custo do equipamento necessário para garantir a adopção de precauções básicas (luvas, sabão, desinfectantes, etc.) contribuirá certamente para o aumento das despesas de funcionamento dos serviços de saúde e variará segundo os materiais e equipamento necessários, a dimensão da instituição e o número de doentes. Porém, os benefícios tanto para o pessoal como para os doentes justificam plenamente esta despesa. As precauções básicas devem ser vistas como uma responsabilidade não negociável dos estabelecimentos de saúde para com os profissionais de saúde e os doentes. A relação custo-benefício das precauções básicas será ainda mais favorável nos locais em que a prevalência da infecção por VIH, hepatite e outras infeções transmissíveis é elevada.

Referências-chave

- *A guide to preventing HIV transmission in health facilities*, World Health Organisation, Geneva, Global Programme on AIDS, 1995 (GPA/TCO/HCS/95.1).
- *Best infection control practices for skin-piercing intradermal, subcutaneous and intra-muscular needle injections*, Safe Injection Global Network and International Council of Nurses, World Health Organisation, Geneva, 2001 (http://www.childrensvaccine.org/files/SIGN_inf_control_best_practices.pdf).
- *Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives*, World Health Organisation, Geneva, 2000 (<http://www.who.int/health-services-delivery/hiv-aids/>).

- *Guideline for isolation precautions in hospitals*, US Center for Disease Control, (<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/ISOLAT/Isolat.htm>).
- *Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, hepatitis B virus, and hepatitis C virus*, US Center for Disease Control, National Institute of Occupational Safety and Health (<http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/>).
- *Yale New Haven Hospital Infection Control Manual* (<http://info.med.yale.edu/ynhh/infection/precautions/intro.html>).

Ficha informativa n.º 6

Segurança das injeções

Em que consiste?

Uma injeção segura é aquela que não apresenta riscos para o doente a quem é administrada, não expõe quem a administra a riscos evitáveis e não gera resíduos perigosos para a comunidade. As normas sobre a segurança das injeções visam garantir a existência das condições necessárias para administrar injeções seguras e a adopção de práticas seguras.

Por que razão é importante?

Muitas das injeções administradas não são seguras. Entre as práticas não seguras, uma das mais preocupantes é a reutilização de seringas e/ou agulhas não esterilizadas. Segundo as estimativas da OMS, a administração de injeções em condições precárias de segurança provoca, todos os anos, cerca de 20 milhões de infecções pelo vírus da hepatite B, 2 milhões de infecções pelo vírus da hepatite C e 260 000 infecções pelo VIH em todo o mundo. As infecções crónicas adquiridas em 2000 devido a injeções não seguras serão responsáveis por uma perda de aproximadamente 9 milhões de anos de vida (ajustados por incapacidade) entre 2000 e 2030.

Como se pode garantir a segurança das injeções?

Embora seja da responsabilidade das autoridades nacionais assegurarem a existência das condições necessárias para a segurança das injeções, os estabelecimentos de saúde e os profissionais de saúde também têm de se empenhar em garantir a utilização segura e adequada das injeções.

Medidas a adoptar a nível nacional

Para assegurar a definição e a implementação de uma política nacional neste domínio, é fundamental criar uma associação multidisciplinar nacional em que participem diversos serviços do Ministério da Saúde e outras partes interessadas. Uma vez estabelecida esta política, importa definir uma estratégia para garantir uma utilização segura e adequada das injeções, que abranja os seguintes elementos:

- mudança de comportamento dos doentes e dos profissionais de saúde, com vista a reduzir a utilização excessiva das injeções e garantir a sua segurança;
- a disponibilidade de materiais de injeção e caixas de segurança;

- a gestão dos resíduos de objectos cortantes e perfurantes.

Mudança de comportamento. A utilização segura e adequada das injeções tem por base uma estratégia de mudança do comportamento, tanto dos consumidores, como dos profissionais de saúde do sector público, privado e não profissionais. Entre as principais componentes desta mudança de comportamento contam-se a formulação de uma estratégia nacional de mudança de comportamentos, a adopção de práticas de injeção seguras e normas mínimas de cuidados de saúde ao nível institucional, a promoção de tecnologias seguras e uma utilização racional das injeções (as directivas devem recomendar o recurso a medicamentos orais sempre que possível).

Equipamento e materiais. A erradicação da reutilização de seringas e agulhas não esterilizadas depende da constante disponibilidade de uma quantidade suficiente de materiais de injeção e de controlo de infecções - nomeadamente caixas de segurança - em todos os estabelecimentos de saúde. São necessárias seringas autodestrutíveis para as vacinas, seringas e agulhas descartáveis para os cuidados curativos, critérios e normas aplicáveis ao equipamento, uma central de compras, uma gestão centralizada dos aprovisionamentos e um sistema de distribuição adequado.

Resíduos de objectos cortantes e perfurantes. A única forma de garantir que as seringas e agulhas descartáveis não são reutilizadas e evitar o risco de lesões por picadas de agulha é manter uma gestão eficaz, segura e ecológica dos resíduos de objectos cortantes e perfurantes. A gestão destes resíduos abrange a formulação de uma política neste domínio, a avaliação de sistemas de gestão de resíduos, a selecção e implementação de sistemas adequados de eliminação de resíduos, quadros regulamentares, formação e supervisão.

É necessários disponibilizar recursos suficientes para todas estas áreas.

Medidas a adoptar a nível institucional

Disponibilidade de material de injeção adequado. Actualmente, existem três tipos diferentes de materiais de injeção nos estabelecimentos de saúde. Embora as seringas e agulhas reutilizáveis possam ser eficazmente esterilizadas com vapor, a experiência indica que é difícil garantir os resultados pretendidos e que, quando esses sistemas falham, a esterilização é negligenciada. Por este motivo, devem deixar de ser utilizadas. A utilização de material de injeção descartável poderá criar uma procura de segurança junto dos consumidores, na medida em que os doentes podem ser incentivados a pedirem que o selo de esterilidade do novo material de injeção seja quebrado na sua presença. As “seringas autodestrutíveis”, que são automaticamente desactivadas após uma utilização, constituem também um meio de evitar os riscos associados à reutilização de material de injeção. As seringas autodestrutíveis para fins de vacinação estão agora larga-

mente disponíveis no mercado a um preço comparável ao das seringas descartáveis normais e cada vez é mais fácil encontrar seringas de maior dimensão destinadas a injecções terapêuticas com mecanismos de prevenção da reutilização.

Eliminação de injecções desnecessárias. Sempre que for prescrita uma terapêutica farmacológica, as directrizes devem recomendar, quando possível, o recurso a medicamentos orais.

Formação do pessoal. É fundamental assegurar a formação de todos os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que administram injecções, bem como a supervisão desta formação.

Gestão de resíduos. Devem ser previstas instalações para a gestão de resíduos e assegurado o cumprimento das práticas estabelecidas pela política nacional neste domínio. Devem ser igualmente disponibilizados recipientes para objectos cortantes e perfurantes em número suficiente ou outros meios adequados para eliminação imediata destes objectos.

Medidas a adoptar pelos profissionais de saúde

Práticas de injecção. As injecções só devem ser administradas com o auxílio de material descartável ou devidamente esterilizado. As injecções desnecessárias devem ser substituídas, sempre que possível, por medicamentos orais com eficácia semelhante.

Eliminação de agulhas e seringas. As agulhas e seringas usadas devem ser imediatamente depositadas, sem a tampa, em recipientes não perfuráveis e estanques, que devem ser fechados, selados e destruídos antes de estarem completamente cheios.

Recursos humanos, infra-estruturas e materiais necessários

Deve ser criada uma associação nacional para promover a utilização segura e adequada das injecções e nomeado um responsável pela sua coordenação. Todos os estabelecimentos de saúde devem aplicar as directrizes nacionais sobre a segurança das injecções e dispor de medicamentos orais, agulhas e seringas estéreis descartáveis e recipientes para objectos cortantes e perfurantes. É igualmente indispensável implementar sistemas para a eliminação do material de injecção em condições de segurança, tais como incineradores e sistemas alternativos à incineração.

As técnicas seguras de injecção devem fazer parte da formação de todos os profissionais de saúde, devendo esta formação ser regularmente supervisionada no local de trabalho. Devem ser desenvolvidos esforços institucionais específicos para monitorizar e reduzir as injecções desne-

cessárias. Além disso, as associações profissionais, nomeadamente a associação de enfermeiros e a de médicos, devem estar envolvidas na protecção dos profissionais de saúde e apoiar o princípio que consiste em garantir que não põe em causa a saúde de ninguém.

Informações sobre os custos

Em 2002, o preço médio de retalho das seringas descartáveis no mercado internacional variava entre 0,04 dólares americanos (2 ml) e 0,08 dólares americanos (5 ml). Por exemplo, uma comum caixa de segurança de 5 litros, com capacidade para 100 seringas e agulhas, custa 1 dólar. Na prática, no caso dos medicamentos essenciais, estes custos não deverão levar a um aumento superior a 5 por cento nas despesas com medicamentos.

Num exercício de modelização levado a cabo pela OMS e pelo Banco Mundial, concluiu-se que cada ano de vida ajustado por incapacidade (AVAI) evitado graças à implementação de políticas que promovem a utilização segura e adequada das injeções custa muito menos do que um ano de rendimento médio per capita – o que significa que estas políticas são um bom investimento no sector da saúde.

Os custos em termos de vidas poupadas, doenças evitadas e os custos médicos directos fazem da segurança das injeções um elemento fundamental da prevenção da infecção VIH/sida e de outras infecções.

Referências-chave

- Safe Injection Global Network (SIGN), www.injectionsafety.org.
- Hutin, Y. et al. “Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections”, in *Bulletin of the World Health Organization* 2003, Vol. 81(7), <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/7/en/Hutin0703.pdf>.
- Dziekan, G. et al. “The cost effectiveness of policies for the safe and appropriate use of injection in health-care settings”, in *Bulletin of the World Health Organization* 2003, Vol. 81(4), <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/4/en/Dziekan0403.pdf>.
- *Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide*, 2.^a edição (2002), WHO/CDS/CSR/EPH/2002/12. Documento disponível em inglês (PDF 405 kb) e em espanhol (PDF 806 kb), http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12/en/.
- *Best infection control practices for skin-piercing intradermal, subcutaneous and intra-muscular needle injections*, Safe Injection Global Network and International Council of Nurses, World Health Organisation, Geneva, 2001 (http://www.childrensvaccine.org/files/SIGN_inf_control_best_practices.pdf).
- *Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives*, World Health Organisation, Geneva, 2000 (http://www.who.int/health-services-delivery/hiv_aids/).

Ficha informativa n.º 7

Medidas destinadas a reduzir os riscos durante as intervenções cirúrgicas

1. As medidas seguidamente enunciadas são aplicáveis à cirurgia e a todas as áreas da medicina, obstetrícia e odontologia em que sejam realizadas intervenções cirúrgicas, incluindo a medicina geral. As estratégias de redução dos riscos são particularmente importantes para a obstetrícia, a ginecologia e os cuidados de emergência.
2. A maioria das lesões percutâneas que ocorrem nas salas de operações ou durante actos de obstetrícia é provocada por agulhas de sutura afiadas. Constatou-se que o risco de lesões percutâneas para quem realiza a intervenção está associado ao tipo e à duração da mesma, bem como ao facto de se utilizarem os dedos e não instrumentos adequados para segurar os tecidos durante a sutura. A perfuração das luvas cirúrgicas é algo frequente e, muitas vezes, passa despercebida. Durante intervenções prolongadas, as luvas podem também tornar-se porosas devido à hidratação do látex. Embora o uso de dois pares de luvas não “evite” lesões provocadas por objectos cortantes e perfurantes, constatou-se que permite reduzir até seis vezes a perfuração das luvas interiores e, desta forma, reduzir a quantidade de sangue transmitido graças à protecção acrescida que as duas camadas de luvas proporcionam.
3. A utilização de agulhas de ponta romba pode também reduzir o risco de perfuração das luvas e de lesões percutâneas. Embora não sejam adequadas para suturar pele e intestinos, estas agulhas podem ser utilizadas para todos os outros casos de sutura abdominal. Para a pele e os intestinos, os agraços são uma alternativa mais segura do que as agulhas de sutura afiadas.
4. Se a superfície cutânea não estiver intacta, o contacto entre o sangue e a pele comporta um risco de transmissão de vírus transmissíveis pelo sangue para o profissional de saúde. Os membros das equipas cirúrgicas podem apresentar pele não intacta nas mãos devido a dermatites causadas por uma lavagem frequente e a cortes e escoriações sofridos durante outras actividades.
5. A fim de minimizar o risco de lesões, as tarefas de cada um dos membros da equipa cirúrgica devem ser bem definidas. É importante identificar e rever periodicamente perigos específicos e medidas destinadas a reduzir os riscos de exposição para cada membro da equipa.

Redução do risco de exposição percutânea: métodos, procedimentos e equipamento

6. As medidas seguidamente descritas podem ajudar a reduzir o risco de exposição percutânea, pelo que devem ser adoptadas sempre que possível:
 - (a) ter apenas uma pessoa de cada vez a ocupar-se de uma ferida aberta/cavidade corporal (salvo se for indispensável a intervenção de várias pessoas para garantir a segurança e o êxito da operação);
 - (b) utilizar uma técnica “mãos livres” em que o mesmo instrumento cortante ou perfurante não seja tocado por mais do que uma pessoa ao mesmo tempo; evitar passar instrumentos cortantes ou perfurantes de mão em mão durante uma operação;
 - (c) assegurar a passagem de agulhas e outros instrumentos cortantes ou perfurantes necessários por uma “zona neutra” em condições de segurança; avisar quando um destes instrumentos é depositado nessa zona. A “zona neutra” poderá ser uma bandeja, uma bacia reniforme ou uma área específica no campo operatório;
 - (d) assegurar que os bisturis e as agulhas afiadas não ficam expostos no campo operatório, devendo ser rapidamente removidos pelo enfermeiro instrumentista depois de terem sido depositados na zona neutra pelo cirurgião ou assistente;
 - (e) utilizar instrumentos e não os dedos para afastar e segurar os tecidos durante a sutura;
 - (f) utilizar instrumentos para manusear as agulhas e remover as lâminas dos bisturis;
 - (g) manter as agulhas e outros instrumentos cortantes ou perfurantes longe da própria mão não dominante ou da mão do assistente;
 - (h) retirar as agulhas de ponta afiada antes de finalizar a sutura; finalizar a sutura com o auxílio de instrumentos e não com os dedos.
7. Sempre que possível, deve ser considerado o recurso a outros equipamentos e procedimentos:
 - (a) eliminar o uso de agulhas e outros instrumentos cortantes ou perfurantes quando não sejam absolutamente indispensáveis, substituindo-os, por exemplo, por electrocautérios, agulhas de ponta romba ou grafos;
 - (b) optar por procedimentos cirúrgicos menos invasivos, quando tal for possível e eficaz;

- (c) evitar lesões provocadas por bisturis no momento da montagem/desmontagem, utilizando bisturis descartáveis, com lâminas retrácteis ou com um dispositivo de libertação das lâminas;
- (d) evitar a utilização de pinças afiadas para os campos operatórios; existem pinças de ponta romba, bem como campos descartáveis com fita auto-adesiva;
- (e) considerar a possibilidade de usar dois pares de luvas, sendo o par interior maior para assegurar o máximo conforto.

Redução do risco de contacto entre o sangue e a pele

8. A fim de reduzir o risco de contacto entre o sangue e a pele, devem ser adoptadas as seguintes medidas:
 - (a) em caso de suspeita ou constatação de perfuração da luva, lavar novamente as mãos, se possível, e colocar outras luvas assim que as condições de segurança o permitirem;
 - (b) durante intervenções cirúrgicas prolongadas, mudar regularmente de luvas, ainda que não se suspeite ou constate que as mesmas foram perfuradas;
 - (c) proteger o corpo, os olhos e a face;
 - (d) escolher batas impermeáveis ou usar uma bata cirúrgica com punhos e mangas impermeáveis e um avental de plástico por baixo se existir o risco de contacto com sangue e, consequentemente, de penetração – como é o caso das intervenções em que se prevê a perda de grandes quantidades de sangue;
 - (e) se existir o risco de as pernas ou os pés serem contaminados, usar uma bata/avental que cubra as pernas e calçado impermeável. É preferível usar cobre-botas do que sapatos ou socas. A utilização de campos operatórios com bacias colectoras permite reduzir o risco de contaminação das pernas e pés;
 - (f) usar protecção para a cabeça e uma máscara cirúrgica. Os homens devem usar um capuz e não apenas uma touca para proteger as zonas da face e do pescoço recém-barbeadas;
 - (g) limpar todo o sangue da pele do doente no final da operação antes deste abandonar a sala;
 - (h) retirar o vestuário de protecção, incluindo o calçado, ao abandonar a área contaminada. Todo o vestuário de protecção reutilizável contaminado, incluindo o calçado, deve ser limpo e desinfectado ou esterilizado, devendo a pessoa que realiza estas tarefas

adoptar as devidas precauções. O calçado deve ser devidamente descontaminado depois de usado.

Medidas de protecção dos olhos e de outras zonas da face

9. A membrana mucosa dos olhos deve estar devidamente protegida. Esta medida permitirá evitar a exposição a salpicos (nomeadamente salpicos laterais) sem perda de acuidade visual e sem desconforto. Nas intervenções em que existe um risco de salpico ou pulverização de sangue ou de outros materiais potencialmente infecciosos, será aconselhável utilizar viseiras. Existem várias formas de protecção combinada dos olhos e da face.

10. Devem existir postos de lavagem dos olhos em caso de exposição accidental. As lentes de contacto devem ser retiradas antes de se lavar os olhos.

Ficha informativa n.º 8

Métodos de esterilização e de desinfecção de alto nível

Princípios gerais

Na prática clínica, o equipamento, o vestuário e outros objectos contaminados podem conter um amplo espectro de microorganismos susceptíveis de reagirem de formas diferentes à inactivação. A esterilização permite inactivar até mesmo os endosporos bacterianos resistentes. Os métodos de desinfecção aqui recomendados poderão não inactivar esporos resistentes, mas deverão ser suficientes para destruir os microorganismos mais comuns. Assim, embora as recomendações que se seguem sejam especificamente aplicáveis ao VIH e ao VHB, é importante salientar que poderão estar presentes outros patogénios e que a esterilização por calor é o método preferencial de descontaminação. Os instrumentos que penetram na pele e em zonas do corpo normalmente estéreis devem estar esterilizados.

Devem ser consultadas as instruções do fabricante para determinar se os materiais utilizados são compatíveis com o método de esterilização ou desinfecção recomendado. O equipamento de esterilização deve ser testado antes da primeira utilização e ser objecto de uma manutenção regular e de outros testes em conformidade com as instruções do fabricante, os regulamentos e normas nacionais aplicáveis ou directrizes internacionais reconhecidas.

A esterilização ou desinfecção dos instrumentos ou equipamento deve ser sempre precedida de uma limpeza minuciosa. Os responsáveis por esta tarefa devem usar vestuário de protecção adequado, incluindo luvas de uso doméstico. O vírus da imunodeficiência humana transmite-se de uma pessoa para outra através de agulhas, seringas e outros instrumentos perfurantes e invasivos não estéreis. Por conseguinte, é importante esterilizar devidamente todos estes instrumentos para evitar a transmissão. O VIH é muito sensível aos métodos-padrão de esterilização e de desinfecção de alto nível, podendo ser também utilizados métodos concebidos para inactivar outros vírus (por ex., o vírus da hepatite B).

O calor é o método mais eficaz para inactivar o VIH; por conseguinte, os métodos de esterilização (1) e de desinfecção de alto nível (2) por calor são os métodos recomendados. Na maior parte dos casos, é possível recorrer à desinfecção de alto nível por ebulição, pois é um método que apenas requer uma fonte de calor, um recipiente e água. Na prática, a desinfecção de alto nível com agentes químicos é muito menos fiável.

É imperativo que todos os instrumentos sejam minuciosamente limpos antes de serem objecto de esterilização ou desinfecção de alto nível, seja qual for o método utilizado. Recomenda-se a imersão dos instrumentos num desinfectante químico durante 30 minutos antes de serem limpos, especialmente em estabelecimentos de saúde onde a prevalência da infecção por VIH entre os doentes é elevada. Desta forma, o pessoal estará mais protegido contra a exposição ao VIH durante o processo de limpeza.

Métodos físicos

A esterilização por calor húmido (autoclavagem) é o método recomendado para os instrumentos médicos reutilizáveis, incluindo agulhas e seringas. Um tipo de autoclave económico é uma panela de pressão devidamente adaptada (tipo OMS/UNICEF).(3) Os autoclaves e as panelas de pressão devem funcionar a uma temperatura de 121°C (250°F), equivalente à pressão de 1 atmosfera (101 kPa, 15 lb/in₂) acima da pressão atmosférica, durante, pelo menos, 20 minutos. A OMS e a UNICEF colaboraram na concepção de um esterilizador a vapor portátil dotado de um compartimento onde podem ser colocadas agulhas, seringas e outros instrumentos normalmente utilizados nos cuidados de saúde.

A esterilização por calor seco num forno eléctrico é um método adequado para instrumentos que suportam uma temperatura de 170°C (340°F), pelo que não pode ser utilizado para seringas de plástico reutilizáveis. A esterilização por calor seco também pode ser realizada num forno eléctrico doméstico clássico. O tempo de esterilização é de duas horas a 170°C (340°F).

A desinfecção de alto nível por ebulição consiste em ferver os instrumentos, agulhas e seringas durante 20 minutos. Na falta de equipamento de esterilização, trata-se do método mais simples e mais fiável para inactivar a maioria dos microorganismos patogénicos, incluindo o VIH. O vírus da hepatite B é inactivado após alguns minutos de ebulição, sendo provável que o mesmo aconteça com o VIH, dado que é muito sensível ao calor. No entanto, por uma questão de segurança, deve manter-se a ebulição durante 20 minutos.

Métodos químicos

Constatou-se que muitos dos desinfectantes recomendados para estabelecimentos de saúde inactivam o VIH em testes laboratoriais. Porém, na prática, os desinfectantes químicos não são fiáveis, dado que poderão ser inactivados pelo sangue ou outras substâncias orgânicas presentes. Relativamente aos objectos e superfícies termolábeis que não podem ser esterilizados ou fervidos, será necessário recorrer a métodos de desinfecção química. São vários os factores que limitam a utilização de agentes químicos, nomeadamente a diversidade dos

seus efeitos sobre diferentes microorganismos, a incompatibilidade com várias superfícies, a perda de eficácia na presença de substâncias orgânicas, o risco de deterioração durante o armazenamento e o seu potencial de toxicidade. Só se deve recorrer à desinfecção química se não existir uma alternativa satisfatória. A recomendação do uso de desinfetantes para inactivar o VIH e os vírus da hepatite está limitada pela falta de dados suficientes sobre muitos agentes químicos. Embora em muitas publicações tenha sido afirmado que muitos desinfetantes e detergentes são eficazes contra o VIH, as provas dessa eficácia são, em alguns casos, questionáveis. Além disso, em qualquer situação clínica em que possa ser necessário inactivar o VIH, será igualmente necessário inactivar o VHB, que é geralmente considerado mais resistente (4).

Compostos à base de cloro

(a) **Hipoclorito de sódio:** As soluções de hipoclorito de sódio (lixívia líquida, água de Javel, etc.) são excelentes desinfetantes, dado que, para além de eliminarem eficazmente bactérias e vírus, são económicos e fáceis de obter. No entanto, apresentam dois grandes inconvenientes:

- **São corrosivos.** Exercem uma acção de corrosão sobre o aço cromoníquel, o ferro e outros metais oxidáveis. As soluções com teor superior a 0,1 por cento de cloro disponível não devem ser usadas muitas vezes na desinfecção de equipamento em aço inoxidável de boa qualidade. O contacto não deve exceder 30 minutos e o equipamento em causa deve ser lavado e seco após a desinfecção. As diluições não devem ser preparadas em recipientes metálicos, que estão sujeitos a uma rápida corrosão.

- **Deterioram-se.** As soluções devem ser recentes e estar armazenadas ao abrigo do calor e da luz. As diluições devem ser preparadas imediatamente antes da utilização. Nos países com um clima quente, coloca-se também o problema de estes produtos estarem sujeitos a uma rápida decomposição. Existem dois outros compostos à base de cloro (o hipoclorito de cálcio e o dicloroisocianurato de sódio) que talvez sejam mais adequados, pois são mais estáveis. Além disso, podem ser transportados mais facilmente e com menos custos. No entanto, a sua eficácia ainda não foi avaliada.

(b) **Hipoclorito de cálcio** (5) (pó, grânulos ou pastilhas): Esta substância também está sujeita a uma decomposição gradual se não for protegida do calor e da luz, mas este processo é mais lento do que no caso das soluções de hipoclorito de sódio. Está disponível sob duas formas: hipoclorito de cálcio “altamente testado” e cal clorada ou lixívia. É natural que as soluções apresentem um depósito de sedimentos.

(c) **Dicloroisocianurato de sódio (6) (NaDCC):** Quando dissolvido em água, o NaDCC transforma-se em hipoclorito (ácido hipocloroso); é muito mais estável do que a solução de hipoclorito de sódio ou hipoclorito de cálcio e apresenta-se geralmente sob a forma de pastilhas.

(d) **Cloramina (tosilcloramida sódica; cloramina T):** A cloramina é mais estável do que o hipoclorito de sódio e o hipoclorito de cálcio. No entanto, deve ser armazenada ao abrigo da humidade, da luz e do calor excessivo. Está disponível em pó e em pastilhas.

O poder desinfetante de todos os compostos à base de cloro é expresso em “cloro disponível” (percentagem para os compostos sólidos; percentagem ou partes por milhão (ppm) para soluções) segundo o grau de concentração. Assim, 0,0001 por cento = 1 mg/litro = 1 ppm e 1 por cento = 10g/litro = 10.000 ppm.

Compostos à base de cloro: Diluições recomendadas

	Ambiente limpo (p. ex. sangue médico limpo)	Ambiente sujo (p. ex. equipamento derramado, equipa- mento sujo)
Cloro disponível necessário	0,1 por cento (1 g/litro, 1000 ppm)	0,5 por cento (5 g/litro, 5000 ppm)
Diluição		
Solução de hipoclorito de sódio (5 por cento de cloro disponível)	20 ml/litro	100 ml/litro
Hipoclorito de cálcio (70 por cento de cloro disponível)	1,4 g/litro	7 g/litro
NaDCC (60 por cento de cloro disponível)	1,7 g/litro	
Pastilhas à base de NaDCC (1,5 g de cloro disponível por pastilha)	1 pastilha/litro	4 pastilhas/litro
Cloramina (25 por cento de cloro disponível)	20 g/litro*	20 g/litro

*A cloramina liberta cloro a um ritmo mais lento do que o hipoclorito. Por conseguinte, para se alcançar a mesma eficácia, a concentração de cloro disponível na cloramina tem de ser mais elevada. Por outro lado, as soluções de cloramina não são tão inativadas por agentes biológicos (por ex., proteínas e sangue) como os hipocloritos. Por este motivo, recomenda-se uma concentração de 20 g/litro (0,5 por cento de cloro disponível) para ambientes limpos e sujos.

Etanol e 2-propanol

O etanol (álcool etílico) e o 2-propanol (álcool isopropílico) têm propriedades desinfetantes semelhantes. São germicidas que destroem formas vegetativas de bactérias, micobactérias, fungos e vírus após alguns minutos de contacto. Porém, não são eficazes contra esporos

bacterianos. Para assegurar a máxima eficácia, devem ser utilizados numa concentração de aproximadamente 70 por cento (70 por cento de álcool e 30 por cento de água); as concentrações inferiores e superiores são menos eficazes. O etanol pode ser utilizado sob forma desnaturada, o que poderá ser uma opção mais económica. Todos os álcoois implicam custos muito elevados se tiverem de ser importados, pois estão sujeitos a uma regulamentação muito rigorosa em matéria de transporte aéreo, que exige o seu acondicionamento em embalagens pesadas especiais. Muitos países muçulmanos proíbem a importação de álcool.

Polividona iodada (PVI)

A PVI é um iodóforo (composto que contém iodo) e pode ser utilizada, numa solução aquosa, como um potente desinfectante. O seu poder desinfectante é muito semelhante ao das soluções de hipoclorito, mas é mais estável e menos corrosiva para os metais. No entanto, não deve ser utilizada em materiais de alumínio e cobre. Geralmente, apresenta-se sob a forma de uma solução a 10 por cento (1 por cento de iodo). Pode ser utilizada diluída como solução a 2,5 por cento de PVI (1 parte de solução a 10 por cento para 3 partes de água fervida). A imersão numa solução a 2,5 por cento durante 15 minutos assegura uma desinfectação de alto nível do equipamento limpo. As soluções diluídas (2,5 por cento) destinadas à imersão de instrumentos devem ser preparadas todos os dias antes de serem utilizadas.

Glutaral (glutaraldeído)

O glutaral está normalmente disponível sob a forma de solução aquosa a 2 por cento, a qual tem de ser activada antes de ser utilizada. Para tal, é necessário adicionar um pó ou um líquido que é fornecido com a solução, o que a torna alcalina. A imersão na solução activada destrói formas vegetativas de bactérias, fungos e vírus em menos de 30 minutos. Para a destruição de esporos, são necessárias dez horas. Após a imersão, todo o equipamento deve ser minuciosamente lavado para eliminar todos os resíduos tóxicos de glutaral. Uma vez activada, a solução só deve ser conservada durante duas semanas, no máximo. Caso se torne turva, deve-se deitar fora. Recentemente, foram formuladas soluções estabilizadas que não necessitam de ser activadas. Porém, os dados disponíveis não são suficientes para que a sua utilização seja recomendada. As soluções de glutaral são dispendiosas.

Peróxido de hidrogénio

Trata-se de um desinfectante potente, que actua através da libertação de oxigénio. A imersão de equipamento limpo numa solução a 6 por

cento assegura uma desinfecção de alto nível em menos de 30 minutos. Esta solução deve ser preparada imediatamente antes de ser utilizada a partir da solução estabilizada a 30 por cento (1 parte de solução estabilizada a 30 por cento para 4 partes de água fervida). A solução estabilizada concentrada a 30 por cento deve ser manuseada e transportada com cuidado, pois é corrosiva. Deve ser armazenada num local fresco e ao abrigo da luz. O peróxido de hidrogénio não deve ser utilizado em ambientes quentes. Em virtude das suas propriedades corrosivas, não deve ser utilizado em material de cobre, alumínio, zinco ou latão.

Guia prático para a esterilização e a desinfecção de alto nível: técnicas eficazes contra o VIH. Depois de serem minuciosamente limpos, os instrumentos devem ser esterilizados por calor (calor húmido ou calor seco). Se não for possível esterilizá-los, pode proceder-se a uma desinfecção de alto nível. As agulhas e seringas não devem ser desinfectadas com agentes químicos. No que respeita a outros instrumentos cortantes e invasivos, a desinfecção química só deve ser utilizada como último recurso e apenas se for possível garantir que a concentração e a actividade do agente químico são as adequadas e os instrumentos tiverem sido minuciosamente limpos antes de serem imergidos no desinfectante químico.

Esterilização: inactiva (destrói) todos os vírus, bactérias e esporos

Esterilização por calor húmido sob pressão durante, pelo menos, 20 minutos:	Em autoclave ou esterilizador a vapor do tipo OMS/UNICEF
1 atmosfera (101 kPa, 15lb/in ²) acima da pressão atmosférica, 121°C (250°F)	
Esterilização por calor seco: 2 horas a 170°C (340°F)	Em forno eléctrico

Desinfecção de alto nível: inactiva (destrói) todos os vírus e bactérias, mas não os esporos

Ebulição durante 20 minutos	Em recipiente adequado
Imersão num desinfectante de alto nível durante 30 minutos de cloro disponível <i>(na prática, a desinfecção de alto nível com agentes químicos é muito menos fiável do que a ebulição)</i>	Por ex., hipoclorito de sódio a 0,5 por cento cloramina a 2 por cento etanol a 70 por cento 2-propanol a 70 por cento polividona iodada a 2,5 por cento formaldeído a 4 por cento glutaral {glutaraldeído} a 2 por cento peróxido de hidrogénio a 6 por cento

Notas

(1) A esterilização consiste na inactivação de todos os microorganismos, incluindo os esporos.

(2) A desinfecção de alto nível consiste na inactivação de todos os microorganismos, excepto os esporos.

(3) Para mais informações, é favor contactar: Expanded Programme on Immunization da Organização Mundial da Saúde ou UNIPAC (Procurement and Assembly Centre UNICEF), Freeport, DK 2100, Copenhaga, Dinamarca.

(4) Embora o formaldeído tenha sido classificado como um agente químico de esterilização em versões anteriores das directrizes da OMS, não está incluído na presente versão devido às suas propriedades altamente irritantes e ao facto de ter sido considerado uma substância cancerígena para o ser humano pela International Agency for Research on Cancer [Centro Internacional de Investigação do Cancro (CIIC)] e vários países.

(5) É provável que as soluções de hipoclorito de cálcio e de dicloroisocianurato de sódio (NaDCC) inactivem o VIH, dado que ambas geram ácido hipocloroso e, como tal, devem actuar de forma semelhante ao hipoclorito de sódio.

(6) Ver nota anterior.

Ficha informativa n.º 9

Gestão de resíduos hospitalares em condições de segurança^{32, 33}

1. A gestão dos resíduos hospitalares (GRH) é um processo que tem por objectivo ajudar a garantir a higiene nos meios hospitalares e a segurança dos profissionais de saúde e das comunidades. Esta gestão abrange várias componentes, tais como o planeamento e aprovisionamento, construção, formação e comportamento do pessoal, correcta utilização das ferramentas, máquinas e produtos farmacêuticos, métodos adequados de eliminação dentro e fora do hospital e avaliação. Por este motivo, exige uma orientação mais vasta do que uma perspectiva puramente técnica ou a tradicional perspectiva do especialista de saúde.

Vantagens de uma boa Gestão de Recursos Hospitalares

2. A necessidade de assegurar uma boa GRH tem vindo a ser reconhecida pouco a pouco.

Ela permite:

- ajudar a controlar doença nosocomiais (infecções contraídas nos hospitais), complementando a protecção que uma lavagem adequada das mãos proporciona;
- reduzir a exposição das comunidades a bactérias multirresistentes;
- reduzir drasticamente a transmissão da infecção VIH/sida, infecções e hepatites por via de agulhas sujas e outros instrumentos médicos que não são eliminados ou limpos incorrectamente;
- controlar zoonoses (doenças transmitidas ao homem por insectos, aves, roedores e outros animais);
- quebrar os ciclos de infecção;
- tratar as questões relacionadas com a segurança dos profissionais de saúde de forma fácil e eficaz em termos de custos, reduzindo nomeadamente o risco de picadas de agulhas;
- evitar o recondicionamento e a revenda de agulhas contaminadas;
- evitar efeitos negativos a longo prazo sobre a saúde; por ex., cancro causado pela emissão de substâncias tóxicas, tais como dioxinas, mercúrio, etc., para o meio ambiente.

3. Os resíduos hospitalares podem ser divididos em várias categorias (quadro 1). A triagem das diferentes categorias de resíduos é extremamente importante para assegurar uma eliminação adequada. Cerca de 80 por cento destes resíduos podem ser eliminados através dos métodos normalmente utilizados pelas autoridades municipais para esse fim. Os restantes 20 por cento podem representar uma séria ameaça para os profissionais de saúde e as comunidades se não forem eliminados correctamente. Os métodos de eliminação variam segundo o tipo de resíduos, as condições locais, a tecnologia disponível, os

custos e o financiamento e a aceitação social (devido a questões religiosas, costumes, etc.). Cada estabelecimento ou autoridade sanitária deve avaliar as condições locais e decidir quais as soluções mais adequadas para eliminar os resíduos hospitalares; não existe um método ou combinação de métodos ideal para todas as situações. O quadro 2 apresenta uma síntese dos métodos de eliminação actualmente disponíveis e enumera algumas das suas vantagens e desvantagens.

Quadro 1. Categorias de resíduos hospitalares estabelecidas pela OMS

Categoria de resíduos	Descrição e exemplos
Resíduos infecciosos	Resíduos que se suspeite conterem patógenos como, por ex., culturas em laboratório, resíduos de unidades de isolamento, tecidos (compressas), materiais ou equipamento que tenham estado em contacto com doentes infectados, excrementos.
Resíduos patológicos	Tecidos ou líquidos humanos, por ex. peças anatómicas, sangue e outros líquidos orgânicos, fetos.
Objectos cortantes e perfurantes	Resíduos de objectos cortantes e perfurantes, por ex. agulhas, sistemas de infusão, bisturis, facas, lâminas, vidro partido.
Resíduos farmacêuticos	Resíduos que contêm produtos farmacêuticos, por ex. fármacos cujo prazo de validade expirou ou que já não são necessários, artigos que contêm produtos farmacêuticos ou por eles contaminados (frascos, caixas).
Resíduos genotóxicos	Resíduos que contêm substâncias susceptíveis de danificarem o ADN, por ex., resíduos que contêm fármacos citostáticos (frequentemente utilizados na terapêutica oncológica), químicos genotóxicos.
Resíduos químicos	Resíduos que contêm substâncias químicas, por ex. reagentes de laboratório, reveladores de filme, desinfectantes cujo prazo de validade expirou ou que já não são necessários, solventes
Resíduos com elevado teor de metais pesados	Pilhas, baterias, termómetros partidos, tensiómetros, etc.
Resíduos radioactivos	Resíduos que contêm substâncias radioactivas, por ex. líquidos não utilizados provenientes de radioterapia ou estudos de laboratório, vidro contaminado, embalagens ou papel absorvente, urina e excrementos de doentes tratados ou testados com radionuclídeos não selados, fontes não seladas.
Recipientes pressurizados	Bilhas de gás, cartuchos de gás, aerossóis.

Quadro 2. Factores que influenciam a eficácia das tecnologias de tratamento

Tipo de tratamento e método de eliminação	Factores que influenciam a eficácia	Problemas
Enterramento, confinamento (simples, económico)	– profundidade do lençol freático – profundidade, dimensão da vala/fossa (não porosa) – método/material de isolamento	– não há desinfecção – só permite manusear pequenos volumes – possibilidade de desenterramento (se a fossa apenas estiver coberta com terra ou os resíduos não estiverem confinados) – representa um perigo para a comunidade se os resíduos não estiverem devidamente enterrados
Incineração (desinfecta e reduz consideravelmente o volume, produz fluxos de resíduos secundários)	– turbulência/mistura – teor de humidade dos resíduos – enchimento da câmara de combustão – temperatura/tempo de permanência – manutenção/reparação	– pode produzir emissões e cinzas perigosas que contêm dioxinas, tipo de resíduos incinerados – pode exigir equipamento de controlo da poluição para cumprir os regulamentos ambientais locais – geralmente a incineração não é bem aceite pela comunidade – a construção, funcionamento e manutenção implicam custos elevados
Autoclave a vapor (apenas desinfecta, reduz pouco o volume a menos que seja utilizado com um triturador, produz fluxos de resíduos secundários)	– temperatura e pressão – penetração do vapor – dimensão da carga de resíduos – duração do ciclo de tratamento – extracção do ar da câmara – modelo (vários disponíveis)	– sobretudo utilizado para materiais e instrumentos reutilizáveis e para esterilizar objectos cortantes e perfurantes antes da eliminação – apenas permite tratar alguns tipos de RH – alguns modelos não permitem o manuseamento de grandes volumes – exige electricidade e água – alguns modelos implicam elevados custos de investimento, manutenção e funcionamento
Microondas (desinfecta, alguma redução de volume, produz fluxos de resíduos secundários)	– características dos resíduos – teor de humidade dos resíduos – potência da fonte das hiperfrequências – duração da exposição às hiperfrequências – extensão da mistura de resíduos	– dispendioso, exige uma boa infra-estrutura – exige formação e supervisão para uma eficácia média a alta – a eficácia depende muito do tipo de tecnologia usada
Tratamento químico/mecânico (desinfecta, não reduz o volume, o qual pode aumentar, produz fluxos secundários de resíduos)	– concentração química – temperatura e níveis de pH – tempo de contacto com o químico – mistura resíduos/químicos – opção de circulação ou escoamento	– pode aumentar o volume de resíduos – coloca problemas em relação à segurança dos trabalhadores – exige muito pessoal – poderá não desinfectar adequadamente seringas AD – o processo de desinfecção tem de ser objecto de verificação

Gestão e eliminação de Recursos Hospitalares

4. A GRH compreende as seguintes etapas:

- produção de resíduos numa unidade hospitalar;
- triagem dos resíduos;
- armazenamento na unidade;
- transporte e tratamento no local (em alguns casos);
- armazenamento central no local;
- transporte para o exterior;
- tratamento; e
- eliminação final.

5. Lidar com um tema tão abrangente, com repercussões para a construção e o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, pode ser algo muito complexo. Várias instituições (OMS, Banco Mundial) e a ONG (Health Care Without Harm) elaboraram directrizes muito úteis sobre esta matéria. A GRH é mais eficaz quanto são aplicados métodos adequados em todas as etapas do processo, desde o planeamento e aprovisionamento à eliminação. A primeira etapa consiste em definir opções realistas para a GRH tendo em conta o orçamento, a tecnologia e as preferências da comunidade local. Na escolha da tecnologia de tratamento mais adequada devem ser tomados em consideração diferentes aspectos dos resíduos hospitalares (tais como o volume, a temperatura, o facto de os resíduos serem líquidos ou sólidos, perigosos ou infecciosos).

6. Uma vez iniciado o processo de aprovisionamento, o pessoal deve receber formação para aprender a trabalhar no âmbito de um sistema de responsabilidade, desde a triagem dos resíduos e rotulagem de cada saco/contentor, ao armazenamento em cada ponto do ciclo e ao transporte e eliminação dos resíduos em condições de segurança. Acima de tudo, as chefias devem receber formação para monitorizar as actividades em cada ponto do ciclo e fazer cumprir as normas aplicáveis.

Segurança dos trabalhadores responsáveis pelos RH e questões relativas ao aprovisionamento

7. Para garantir a segurança dos trabalhadores, é geralmente necessário adquirir sacos de plástico, caixotes de lixo, recipientes para objectos cortantes e perfurantes e, em alguns casos, camiões especiais. Por vezes, é aconselhável colocar à disposição do pessoal luvas descartáveis e outro equipamento de protecção (por ex., botas, aventais e luvas grossas de borracha), agulhas e seringas, equipamento de laboratório, agentes de limpeza, bem como tubos, mangueras e

outros artigos associados a equipamento de diagnóstico e de cuidados intensivos. Os artigos descartáveis aumentam a quantidade de resíduos produzidos em cada hospital ou estabelecimento de saúde e, como tal, têm implicações em termos de custos.

8. É aconselhável estabelecer métodos de higiene adequados para a limpeza de artigos reutilizáveis num estabelecimento de saúde, tais como lençóis, toalhas, ferramentas reutilizáveis (instrumentos cirúrgicos, etc.) e produtos alimentares. A disponibilidade e os custos das instalações conexas, tais como esgotos, água quente e/ou fria, electricidade, fontes de aquecimento, etc. devem ser também tomados em consideração. Por vezes, é adquirido novo equipamento sem que sejam tomadas em consideração as instalações existentes, os custos recorrentes e as reparações e esse equipamento acaba por não ser utilizado, porque não está ligado ao sistema municipal (por ex., rede de esgotos) ou porque os custos recorrentes são demasiado elevados.

9. Para assegurar uma boa gestão dos resíduos hospitalares, é fundamental que todos os profissionais de saúde recebam formação sobre as técnicas associadas aos artigos e equipamentos médicos recém-adquiridos. Todos os trabalhadores do estabelecimento de saúde necessitam de algum tipo de formação para compreenderem a importância da GRH, bem como para conhecerem as suas funções e responsabilidades. As informações sobre as técnicas e protocolos de limpeza devem ser afixadas num local bem visível. Todo o pessoal que entre em contacto com RH, nomeadamente o pessoal de limpeza e os engenheiros, deve receber as vacinas adequadas e dispor de equipamento de protecção, como luvas e máscaras.

Quem é responsável pela Gestão de Resíduos Hospitalares?

10. A responsabilidade pela gestão quotidiana dos resíduos hospitalares recai normalmente sobre os enfermeiros, o pessoal de limpeza, os inspectores, os engenheiros e os motoristas. A Direcção/Administração é responsável pelos aspectos relacionados com o orçamento, o aprovisionamento, a regulamentação e a formação. Os hospitais poderiam atribuir aos chefes de departamento a responsabilidade pela gestão e eliminação adequadas dos resíduos gerados nos respectivos departamentos. A GRH deve ser considerada uma actividade prioritária, na qual devem estar envolvidos os responsáveis máximos de cada estabelecimento. Geralmente, existem grandes diferenças entre as zonas rurais e urbanas, mesmo dentro da mesma região ou país, pelo que é importante analisar os aspectos relativos à gestão em ambas as zonas.

11. Uma boa GRH transcende os limites do hospital, abrangendo igualmente o local de eliminação. Tradicionalmente, existe uma separação entre a responsabilidade pelo que se passa dentro das instalações de um estabelecimento de saúde e pelo que se passa depois dos

resíduos saírem desse estabelecimento. Esta situação está a mudar, graças às ONG e às comunidades locais, que se têm empenhado em lutar contra os estabelecimentos que não monitorizam os resultados da eliminação dos resíduos fora das suas instalações. Os gestores de projecto devem supervisionar o trajecto dos resíduos até à sua eliminação final e procurar informar-se sobre os eventuais fluxos de resíduos secundários que possam ter sido criados.

Conselhos úteis

- Implementar um bom sistema de triagem dos diferentes tipos de resíduos e assegurar a eliminação de cada tipo de forma adequada e segura.
- Formar todo o pessoal da saúde, seja qual for o seu nível hierárquico (administradores, médicos, enfermeiros, pessoal de limpeza, técnicos de laboratório e engenheiros) para ajudar a garantir uma utilização correcta e sistemática dos materiais e métodos seleccionados.
- Vacinar contra o vírus da hepatite B todos os trabalhadores que entrem em contacto com Resíduos Hospitalares.
- Monitorizar os custos ao longo da execução do projecto para determinar se as previsões estavam correctas e recolher dados para melhorar as estimativas de custos no futuro.
- Introduzir ajustamentos razoáveis no projecto durante a monitorização dos progressos e dos custos.
- Ser realista. Muitos países desejam adquirir a tecnologia mais sofisticada e mais recente, mas não dispõem dos recursos necessários para assegurar uma utilização contínua da mesma. Uma boa GRH deve ser vista como um processo por etapas, em que os benefícios se fazem sentir ao fim de alguns anos. O objectivo mais importante é garantir a saúde e segurança dos profissionais de saúde e da comunidade local. A OMS é uma excelente fonte de informação sobre as várias opções disponíveis (ver referências-chave).
- Incentivar a participação do pessoal hospitalar nas decisões respeitantes à GRH. Normalmente, à medida que um projecto de GRH vai avançando, o pessoal começará a apresentar ideias e conselhos sérios e relevantes para melhorar esta gestão em função das restrições locais.
- Ter em consideração a comunidade local e consultá-la. A aceitabilidade do projecto para a comunidade local é determinante para o seu sucesso, pelo que os gestores do projecto devem procurar recolher opiniões e informações numa fase inicial para compreenderem os factores socioeconómicos envolvidos e as preocupações locais. A GRH

pode tornar-se numa questão muito sensível para as comunidades, especialmente se estiverem em causa preconceitos culturais sobre vários tipos de resíduos. É importante encarar estas questões com seriedade e resolver rapidamente os problemas que possam surgir: um projecto considerado um sucesso pelo estabelecimento poderá ser encarado de forma negativa pela comunidade.

Referências-chave

- Organização Mundial da Saúde, Grupo de Trabalho sobre a Gestão dos Resíduos Hospitalares. <http://www.healthcarewaste.org>.
- Health Care Without Harm. <http://www.noharm.org>.
- Partnership for Quality Medical Donations. <http://pqmd.org>.
- Banco Mundial. Temas de saúde pública. <http://www.worldbank.org/phataglance>.
- Organização Mundial da Saúde. <http://www.injectionsafety.org>.

Ficha informativa n.º 10

Descrição sumária do processo de gestão da exposição profissional a patógenos transmissíveis pelo sangue

Prestar cuidados imediatos à parte exposta:

- Lavar as feridas e a pele com sabão e água.
- Lavar abundantemente as membranas mucosas com água.

Determinar o risco associado à exposição por:

- Tipo de líquido (por ex., sangue, líquidos visivelmente contaminados com sangue e outros líquidos ou tecidos potencialmente infecciosos, vírus concentrados).
- Tipo de exposição (ou seja, lesão percutânea, exposição de membrana mucosa ou de pele não intacta ou dentadas que tenham provocado a exposição a sangue).

Avaliar a fonte da exposição:

- Avaliar o risco de infecção com base nas informações disponíveis.
- Se a fonte for conhecida, realizar testes de anticorpos contra o HBsAg, o VHC e o VIH (considerar a possibilidade de recorrer a testes rápidos).
- Se a fonte não for conhecida, avaliar o risco de exposição à infecção por VHB, VHC ou VIH.
- Não realizar testes de contaminação do vírus em agulhas ou seringas usadas.

Avaliar a pessoa exposta:

- Avaliar a imunidade à infecção pelo VHB (ou seja, tendo em conta as vacinas contra a hepatite B já administradas e a reacção às mesmas).

Administrar PPE no caso de exposições que coloquem um risco de transmissão da infecção:

- VHB: a PPE depende da situação de vacinação:
 - pessoas não vacinadas: vacina IGHB + HB;
 - pessoas vacinadas que se sabe terem respondido à vacina: nenhum tratamento;
 - pessoas vacinadas que se sabe não terem respondido à vacina: vacina IGHB + HB;
 - resposta dos anticorpos desconhecida: testar e administrar vacinas IGHB + HB se os resultados não forem satisfatórios.
- VHC: PPE não recomendada.
- VIH: Iniciar a PPE logo que possível, de preferência nas horas imediatamente a seguir à exposição. Propor a realização de testes de gra-

videz às mulheres em idade fértil que não saibam se estão grávidas: consultar um especialista em caso de suspeita de resistência viral; administrar PPE durante quatro semanas, caso seja tolerada.

Realizar testes complementares e prestar aconselhamento:

- Aconselhar as pessoas expostas a submeterem-se a um exame médico caso surjam indícios de uma doença grave durante a fase de acompanhamento.

Exposições ao VHB:

- Realizar testes complementares de anticorpos contra a hepatite B às pessoas que já foram vacinadas:
 - realizar o teste de anticorpos contra hepatite B um a dois meses após a administração da última dose da vacina;
 - não é possível determinar a resposta dos anticorpos à vacina se tiver sido administrada IGHB nos últimos três a quatro meses.

Exposições ao VHC:

- Realizar testes básicos e complementares de anticorpos contra o VHC e a alanina aminotransferase (ALT) quatro a seis meses após a exposição.
- Realizar o teste ARN-VHC entre as quatro e as seis semanas para obter um diagnóstico precoce da infecção por VHC.
- Confirmar, com testes suplementares, os resultados reiteradamente positivos dos imunoensaios enzimáticos (EIA).

Exposições ao VIH:

- Realizar testes de anticorpos contra o VIH durante, pelo menos, seis meses após a exposição (por ex., no início, às seis semanas, aos três meses e aos seis meses).
- Realizar testes de anticorpos contra o VIH em caso de doença compatível com uma síndrome retroviral aguda.
- Aconselhar as pessoas expostas a tomarem precauções para evitar a transmissão secundária durante a fase de acompanhamento.
- Avaliar as pessoas expostas a quem tenha sido administrada PEP durante as 72 horas seguintes à exposição e vigiar a toxicidade farmacológica durante, pelo menos, duas semanas.

Ficha informativa n.º 11

Educação e formação no local de trabalho^{6, 14, 21}

Os empregadores devem certificar-se de que os programas de informação, educação e formação sobre saúde e segurança destinados aos profissionais de saúde:

- pressupõem que todos os profissionais de saúde correm o risco de exposição a patógenos infecciosos e, como tal, devem receber a educação e a formação necessárias para poderem adoptar medidas de prevenção e protecção adequadas;
- fornecem aos profissionais de saúde as ferramentas e a formação necessárias para gerir conhecimentos técnicos e científicos, nomeadamente em matéria de recolha, análise e recuperação de dados;
- fazem parte do programa de acolhimento de novos profissionais de saúde, estudantes e voluntários;
- abrangem os aspectos gerais da segurança e saúde no trabalho, incluindo as medidas de prevenção e protecção, bem como os princípios de gestão da SST;
- informam os profissionais de saúde sobre os perigos gerais e específicos associados às suas tarefas e sobre os riscos concretos da exposição ao VIH e a outros patógenos infecciosos;
- abordam as dimensões éticas, sociais e de género da gestão do VIH e de outros patógenos infecciosos e a sua relação com a segurança e saúde dos trabalhadores e com o bem-estar e os direitos dos doentes;
- prevêm acções regulares de reconversão/reciclagem profissional para manter e actualizar os conhecimentos, as competências e, quando necessários, as certificações profissionais;
- estão relacionados com o conjunto de actividades desenvolvidas pelo serviço de saúde e visam tarefas específicas;
- permitem manter o pessoal actualizado em relação a novas informações sobre patógenos infecciosos como o VIH, o VHB, o VHC e a tuberculose;
- fornecem informações actualizadas sobre eventuais alterações aos métodos e práticas de trabalho;
- proporcionam formação específica sobre técnicas e procedimentos de emergência e de primeiros socorros, incluindo aqueles que estão relacionados com a exposição ao VIH e a outros patógenos infecciosos;
- prestam as informações e a formação necessárias para utilizar novo equipamento;
- informam os trabalhadores do processo de testes, aconselhamento e seguimento pós-exposição;
- informam os trabalhadores do programa de vacinação e incentivar esta prática;
- proporcionam formação aos trabalhadores sobre a adopção de medidas adequadas de prevenção e protecção contra a exposição;
- utilizam diversos materiais e técnicas de educação e formação que apelem à participação activa dos trabalhadores;
- informam os trabalhadores sobre os seus direitos e obrigações legais em matéria de segurança e saúde no trabalho; e
- orientam os trabalhadores para outras fontes de informação fiáveis.

Ficha informativa n.º 12

Fontes de informação seleccionadas sobre as políticas, a regulamentação e as técnicas relativas à infecção VIH/sida, disponíveis na Internet

- Comissão Europeia, Bruxelas:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/aids_en.htm
- Family Health International, Research Triangle Park (NC, Estados Unidos): <http://www.fhi.org>
- Global Business Coalition on HIV/AIDS, Nova Iorque: <http://www.businessfightsaids.org>
- Global Health Initiative, Fórum Económico Mundial, Genebra: <http://www.weforum.org/globalhealth>
- Comissão Internacional da Saúde no Trabalho, Roma: <http://www.icoh.org.sg>
- Confederação Internacional de Sindicatos Livres: <http://www.icftu.org>
- Conselho Internacional de Enfermeiros, Genebra: <http://www.icn.ch>
- Federação Internacional dos Assistentes Sociais, Berna: <http://www.ifsw.org>
- *Bureau* Internacional do Trabalho, Genebra: <http://www.ilo.org>
- Organização Internacional de Empregadores, Genebra: <http://www.ioe-emp.org>
- Federação Internacional Farmacêutica, A Haia: <http://www.fip.org>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a infecção VIH/sida, Genebra: <http://www.unaids.org>
- Organização Pan-Americana da Saúde, Washington: <http://www.paho.org>
- Public Services International, Ferney-Voltaire: <http://www.world-psi.org>
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Nova Iorque: <http://www.undp.org/hiv>
- Banco Mundial, Washington: http://www1.worldbank.org/hiv_aids/

- Organização Mundial da Saúde, Genebra:
<http://www.who.int/hiv/>
- Associação Médica Mundial (AMM), Ferney-Voltaire:
<http://www.wma.net>

