

# EXPERIÊNCIA DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA PEDICULOSE NUM MACRO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESTATAL, DURANTE 10 ANOS\*

Valdete Preve Pereira\*\*

Miriam Susskind Borenstein\*\*\*

Alacoque Lorenzini Erdmann\*\*\*\*

---

**RESUMO:** Relato histórico dos 10 anos (1981-91) de experiência de atenção de enfermagem no controle de pediculose num macro hospital psiquiátrico estatal. Os dados foram obtidos a partir dos relatórios mensais e anuais da Comissão de Pediculose. A atuação efetiva da comissão nesse período, com levantamentos de necessidades e dificuldades periódicas, reorganizações freqüentes, novas rotinas, reformulações de propostas e busca de novas alternativas técnicas, administrativas e assistenciais, justifica o alcance de seus objetivos, ou seja, a atenção de enfermagem aos infestados e a diminuição da incidência da pediculose.

**ABSTRACT:** This is a historical report of 10 years (1981-91) nursing assistance experience of pediculous control in a macro psychiatric hospital. Data were obtained from the pediculous comission's montly and annual. The Comission's effective work to uprise the periodic necessities and difficulties; frequent reorganizations; new routines; restatements of proposals; and the search for new technical, administrative and assistencial alternatives and nursing assistance to the infested patients, succeeded reaching the goal of decreasing the pediculous incidence.

---

**UNITERMOS:** Atenção de Enfermagem - Controle de Pediculose - Hospital Psiquiátrico

## 1. INTRODUÇÃO

A pediculose afeta indivíduos de todas as idades e raças. Caracteriza-se pela infestação por insetos da família *pediculidae*. O homem é parasitado pelo *Pediculus humanus* (piolhos) e *Phthirus pubis* (chato). Existem duas variedades de *Pediculus humanus*, ou seja, o *capitis* que tem como habitat principalmente os cabelos, e o *corporis* que vive em geral nos fios e dobras das vestes, passando para o corpo apenas para alimentar-se. Já o *Phthirus pubis* tem seu habitat na região pubiana e perineal, podendo nas infestações maciças se alojar em outras partes do corpo, como axilas, barba, sobrancelhas, cílios, e se dissemina

quase sempre através do ato sexual<sup>(3)</sup>.

A vida média do *Pediculus humanus* varia de 42 a 56 dias; a do *Phthirus pubis*, de 30 dias, sendo o período de incubação de ovos de 8 dias, a uma temperatura de 30°C, enquanto que a ninfa atinge seu estado adulto em 2 a 3 semanas<sup>(3)</sup>.

É comum a incidência de pediculose aumentar quando as pessoas reúnem-se em grupos e quase sempre torna-se um problema de saúde nas escolas, acampamentos, hospitais, asilos e outros, pois a propagação dos piolhos ocorre mais facilmente através de pentes, escovas, chapéus, roupas de cama e outros objetos, assim como contatos mais íntimos<sup>(1, 3, 8)</sup>.

---

\* Trabalho apresentado como Tema Livre no 44º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, DF, 4 a 9 de outubro de 1992.

\*\* Enfermeira. Chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) - São José - SC - Presidente da Comissão de Pediculose do HCS.

\*\*\* Professora Assistente IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis - SC - Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto.

\*\*\*\* Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis - SC - Livre Docente em Administração em Enfermagem.

No tratamento da pediculose várias drogas podem ser utilizadas, tendo-se o cuidado de conferir sua toxicidade. Por muito tempo utilizou-se o Hexacloroto de Benzeno (lindano), porém hoje os mais empregados são a deltametrina, benzoato de benzila e o monossulfiram. Além das drogas, há necessidade também do uso do pente fino, adequada higiene corporal e do vestuário, incluindo objetos de uso pessoal, tratamento do couro cabeludo quando lesado ou até infectado, e outras medidas de acordo com o caso<sup>(2, 8)</sup>.

Nos hospitais, principalmente no Brasil, não se encontrou dados sobre a infestação de pediculose entre os pacientes internados. Todavia, há uma preocupação geral com a infecção hospitalar. Estima-se que o índice de infecção hospitalar no Brasil aproxima-se de 6%, enquanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aceita o índice de 2% como tolerável<sup>(6)</sup>. Segundo a Folha de São Paulo (agosto, 1991), mais de um milhão de pessoas são infectadas em hospitais brasileiros por ano, e dessas, 53.000 vão a óbito<sup>(7)</sup>.

Apesar de a infestação por pediculose não diretamente levar a complicações letais, causa inúmeros incômodos, tanto ao paciente como à equipe que o atende, familiares, amigos e outras pessoas de seu convívio. Além do que, os piolhos podem servir de vetores de doenças, principalmente infecciosas, como o tifo exantemático e a febre recorrente.

Nos últimos anos, os hospitais públicos vêm apresentando-se com superlotação<sup>(5)</sup>, falta de infraestrutura física, de pessoal e de material. Vêm atendendo a uma demanda de pacientes com condições econômicas bastante precárias, situações estas facilitadoras da proliferação de toda espécie de micro e macroorganismos. A situação nos hospitais psiquiátricos não é diferente, em geral pior, principalmente entre os macro hospitais estatais. MOFFAT<sup>(4)</sup>, em 1986, caracterizou o ambiente dos hospícios, como a sensação de tudo estar um pouco engordurado, meio sujo, dando às vezes a impressão de algo lúgubre, produzida pela falta de luz e pelo amontoado de objetos velhos. Associado a isto, existe um cheiro inconfundível de gordura rançosa e odores corporais, em decorrência da falta de ventilação. Este é o habitat do paciente psiquiátrico geralmente pobre, que vive nesses locais por meses, anos, ou até sua vida toda. E que, pelo seu quadro de loucura, esquece de sua auto-imagem, auto-estima, vivendo sem preocupação com sua higiene, situação esta, facilitadora da infestação por insetos (pulgas, piolhos), entre outros.

Pelos motivos levantados, e tendo em vista a

disseminação de *Pediculus* na estrutura hospitalar, proporcionada ainda pela grande densidade e aglomeração de pacientes num só ambiente, e também pela escassez de estudos referentes à atenção de enfermagem no controle da pediculose, vimos a necessidade de relatar a história dos dez anos de experiência (1981-91) de atenção de enfermagem no controle da pediculose num macro-hospital psiquiátrico estatal.

## 2. METODOLOGIA

A experiência foi realizada no Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), localizado na comunidade Colônia Sant'Ana, no município de São José (SC), distante 30 km de Florianópolis. Fundado em 1941, este macro-hospital estatal é mantido pelo governo do Estado de Santa Catarina, destinando-se exclusivamente ao tratamento de doentes mentais. Tem capacidade para 1061 leitos, distribuídos em 18 enfermarias: 1ª a 5ª Enfermarias Femininas, 1ª a 8ª Enfermarias Masculinas, Unidade de Clínica Médica, Unidade de Emergência, Unidade de Desintoxicação, Unidade de Clínica de Alcoolismo e Unidade para Deficientes Mentais Agudos. A média de internação diária é de 20 pacientes, com uma média de permanência variando em torno de 89 dias. Atualmente o hospital atende à comunidade em geral, através do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como demanda pacientes de todo o estado. Em outras épocas mantinha convênios como Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS), Instituto de Previdência do Estado de SC (IPESC), Funrural, e ainda atendia a pacientes carentes de recursos.

O levantamento de dados foi realizado a partir dos relatórios mensais e anuais da Comissão de Controle de Pediculose Hospitalar (CCPH) do referido hospital, do ano de 1981 a 1990, limitando-se a toda população da 1ª a 5ª Enfermarias Femininas e 1ª a 8ª Enfermarias Masculinas, totalizando 844 leitos.

É importante descrever aqui, as características gerais destas enfermarias: 1ª Enfermaria Feminina - pacientes deficientes mentais asilares de longa permanência - 62 leitos; 2ª Enfermaria Feminina - idosas asilares - 80 leitos; 3ª Enfermaria Intermediária (entre agudos e crônicos) - 64 leitos; 4ª e 5ª Enfermarias Femininas - pacientes agudas de curta permanência, com 50 e 70 leitos, respectivamente; 1ª e 2ª Enfermarias Masculinas - pacientes crônicos de 1981 a 1984, a partir de 1985, pacientes agudos de curta permanência, 60 e 80 leitos, respectivamente; 3ª Enfermaria Masculina - crônicos - 53 leitos; 4ª Enfermaria Mas-

culina - agudos alcoolistas até 1986 e a partir de 1987, alcoolistas asilares, 45 leitos; 5ª Enfermaria Masculina - crônicos, 60 leitos; 6ª Enfermaria Masculina - deficientes mentais, e a partir de 1983, idosos, 40 leitos; 7ª Enfermaria Masculina - crônicos de longa permanência, 80 leitos; e 8ª Enfermaria Masculina - agudos, e a partir de 1985, crônicos asilares, 100 leitos.

Apresenta-se a seguir, o relato da experiência em duas partes, sendo a primeira parte destinada ao relato da organização da experiência, e a segunda sobre os dados da incidência da pediculose sob forma de tabelas, em valores relativos e absolutos. Estes dados foram obtidos a partir da média aritmética simples da incidência de pediculose encontrada nos pacientes internados.

## 2.1. Relato da Experiência

### A Comissão

Em 24/11/1980 foi constituída pelo Diretor do HCS a Comissão de Controle de Pediculose Hospitalar, composta por duas Enfermeiras, o Administrador, a Chefe de Setor de Terapia Ocupacional, o Chefe dos Serviços Gerais e o Médico Chefe do Setor de Psiquiatria. A referida comissão tinha a finalidade de estudar, discutir e promover o controle e erradicação da pediculose hospitalar.

No primeiro encontro foram definidas as atribuições dos membros da Comissão, sendo basicamente as seguintes: a) às enfermeiras caberia a elaboração, implementação e supervisão de normas e rotinas de controle de pediculose nas enfermarias; b) ao administrador, providência de todo o material necessário e garantia de envolvimento com os demais serviços e setores do hospital, servindo de elo com outras instituições de saúde do Estado (FHSC e Departamento Autônomo de Saúde Pública - DSP); c) à chefe do Setor de Terapia Ocupacional - estímulo mais intenso da higiene e auto-imagem dos pacientes; d) ao Chefe dos Serviços Gerais, fornecimento de pessoal de limpeza, colchões, roupas e ainda garantindo o serviço de manutenção do hospital; e) ao médico, manter o intercâmbio com o Serviço Médico Psiquiátrico do Hospital, responsável pelas ações psiquiátricas e prescrição da medicação pediculicida.

Para avaliação semanal do planejamento, sua execução e tomada de novas decisões, os membros da comissão passaram a reunir-se uma vez por semana, na sala de reuniões do hospital. Dentre as normas e rotinas elaboradas e implantadas, descreve-se a seguir as principais:

### Medicação Utilizada (pediculicida)

Optou-se inicialmente por fórmula específica, obtida por intermédio da Clínica Pinel de Porto Alegre - RS. Esta sofreu algumas modificações pela inexistência de determinados produtos em nosso Estado, ficando assim constituída: benzoato de benzila 25 g., hexacloro de benzeno 1 g., e veículo adequado saponificado q.s.p. 100 ml. A orientação era de que a mistura deveria ser aplicada após o banho, com os cabelos molhados, em camada delgada de 15 a 25 g para um adulto, sem removê-la antes de completar 24 horas, sendo então retirada com outro banho. Uma segunda, e até terceira aplicação, só seria indicada com uma semana de intervalo, em situação excepcional. Esta medicação era considerada extremamente tóxica se ingerida, inalada ou mesmo absorvida por via cutânea, podendo vir a ocorrer sintomas como: cefaléia, náusea, vômito, diarreia, tremores, fraqueza, convulsão entre outros, não devendo ser usado em sobrancelhas, a fim de evitar irritação ocular.

Em dezembro de 1981, a fórmula foi modificada, tornando-se menos tóxica e sendo então necessária sua utilização na mesma dosagem durante três dias consecutivos, deixando agir por 24 horas, reaplicando sempre por ocasião do banho diário.

Em março de 1988, esta fórmula foi substituída pela deltametrina, menos tóxica e de ação mais eficaz, encontrada no comércio na forma de shampoo e/ou loção, na composição de 20 mg de deltametrina em cada 100 ml de loção e/ou shampoo, tendo como orientação que o seu uso fosse feito durante quatro dias consecutivos. A loção tinha indicação para ser utilizada quando ocorresse infestação mais intensa, enquanto que o shampoo era recomendado nos casos mais moderados e preventivamente. Como efeitos colaterais poderiam ocorrer: alergias, feridas, queimaduras e outros, tendo orientação também, de que não fosse usada em sobrancelhas a fim de evitar irritação ocular.

### Mutirão da pediculose

Diante da alta incidência de *Pediculus capitis* entre os pacientes internados, fez-se inicialmente necessária a realização de uma atividade abrangente, eficaz e de ação mais contundente, à qual se chamou "mutirão da pediculose". Este se caracterizou por: a) passagem de pente fino em todos os pacientes portadores de *Pediculus*; b) banho geral em todos os pacientes com troca de toda roupa e aplicação da fórmula nos portadores.

Anteriormente, tanto o pessoal de enfermagem como o da limpeza, recebeu treinamento. Este teve como objetivo conscientizá-los da importância do controle e combate à pediculose hospitalar e capacitá-los para o desempenho das tarefas. O treinamento foi realizado durante três dias e constou de três aulas, a 1ª teórica, sobre a importância do controle de pediculose; a 2ª, noções sobre pediculose e a 3ª, passagem de pente fino e da fórmula, assim como realização prática da atividade junto a duas pacientes previamente escolhidas. Foi exigido que houvesse 100% de frequência dos funcionários envolvidos.

### **Mutirão de limpeza**

Caracterizou-se por: a) fechamento total da enfermaria; b) aplicação de inseticida em toda enfermaria (cantos, camas, etc), utilizando o devido equipamento de proteção individual (EPI); c) após uma hora, retirada de todas as camas, colchões e objetos; d) limpeza geral (lavagem de camas, armários, paredes, pisos, tetos e janelas); e) troca de toda a roupa de cama, banho e vestuário.

Estes mutirões (Pediculose e Limpeza) foram feitos como medida de ataque inicial em cada enfermaria, e levaram 28 dias para atingir todo o hospital. A partir daí, os mutirões passaram a ser realizados mediante escala anual, seguindo uma programação e acompanhamento da Comissão de Pediculose, uma vez já comprovada a eficácia de tal atividade.

### **Passagem de Pente e Preenchimento da Ficha de Controle**

A passagem do pente fino em todos os pacientes, era feita semanalmente, nos finais de semana, realizada pelos atendentes de enfermagem. Em seguida, era registrada na ficha de controle, a existência de portadores de *Pediculus*. As fichas eram deixadas nas enfermarias, todas as sexta-feiras pela Comissão da Pediculose. Nas segunda-feiras, eram devolvidas já preenchidas à chefia do Serviço de Enfermagem.

Com relação aos pacientes admitidos nas enfermarias, vindos da triagem, ou transferidos internamente, deveria ser passado o pente fino e, se apresentassem *Pediculus*, ser-lhes-ia aplicada a fórmula pediculicida.

### **Registro dos Dados**

De posse dos dados obtidos através das fichas de controle das respectivas enfermarias, as enfermeiras

da Comissão preenchiam semanalmente a folha de informações sobre a incidência de pediculose. Ao final do mês eram computados todos os dados, resultando num quadro mensal de incidência de pediculose no hospital. Associados a estes dados, era acrescido um relatório das atividades e pareceres da Comissão de Pediculose. No final de cada ano, realizava-se o relatório anual da Comissão de Pediculose.

## **3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **Descrição e Comentário dos Dados**

A coleta de dados teve início no mês de fevereiro de 1981, por ocasião do primeiro mutirão intensivo, quando a incidência de pediculose era bastante crítica atingindo 84,2% das mulheres e 44,5% dos homens, como se observa na Tabela 1, na página a seguir.

Pela referida tabela observa-se predominância da incidência da pediculose nos pacientes de sexo feminino, principalmente na 1ª e 3ª enfermarias, que são de pacientes deficientes mentais e de pacientes agudas respectivamente, pacientes estas mais dependentes de cuidado corporal, com maior probabilidade de desenvolver a pediculose. Já na 8ª e 14ª enfermarias masculinas, justifica-se a incidência por serem maiores em número de leitos e por apresentarem grau de rotatividade elevado. Entretanto, altos índices também se observam na 9ª e 12ª enfermarias masculinas, de crônicos e deficientes mentais, respectivamente.

Neste primeiro ano de atuação da Comissão de Pediculose pode se evidenciar a diminuição gradativa, a cada mês, da incidência de pediculose, exceto nos meses de maio, julho, agosto e setembro, sendo difícil atribuir o fato a algum fator específico, pois muitas variáveis não são ainda bem conhecidas.

Após nove anos de controle, observa-se uma acentuada queda nos níveis de pediculose (Tabela 2). Isto se deve à melhora gradativa na aquisição de material, das condições de higiene dos pacientes, da limpeza das enfermarias, ao trabalho de equipe e à consciência dos funcionários de que o controle é o mais importante. A melhor aceitação e até mesmo, a procura dos pacientes para a passagem do pente fino, e a inclusão da pediculose como um dos principais itens do programa de Educação para a Saúde dos pacientes, foram fatores evidenciados nestes últimos anos, como favoráveis à diminuição da incidência.

Pelos resultados apresentados na Tabela 3 pode-se justificar a atuação da Comissão de Pediculose.

**TABELA 1 - Distribuição percentual da incidência de pediculose no ano de 1981, segundo o sexo e enfermaria, no H.C.S. - SJ - SC**

SEXO ENF	FEMININO					Sub Total	MASCULINO							Sub Total	Total Geral	
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª		7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª			
MÊS																
Fevereiro	95,1	88,3	89,4	(*)	64,1	84,2	38,2	52,3	57,8	7,1	44,1	65,3	48,0	44,7	64,4	
Março	4,7	3,8	10,9	5,2	3,8	5,7	0	2,4	1,7	0	1,4	3,8	7,7	2,4	4,05	
Abril	1,6	0,9	1,3	1,6	1,8	1,4	5,0	11,6	7,1	0	20,0	6,9	6,6	8,2	4,8	
Mai	1,5	2,7	6,4	5,0	1,7	3,4	1,6	5,8	21,0	9,5	7,3	16,9	22,2	12,4	7,9	
Junho	0	0,9	3,8	1,4	0	1,2	0	3,5	8,8	2,3	7,4	6,9	12,2	5,9	3,5	
Julho	3,1	0	5,1	2,8	5,2	3,2	3,3	12,8	3,5	4,7	8,8	6,9	1,4	5,9	4,5	
Agosto	0	6,1	9,0	5,7	5,2	5,2	3,3	6,9	8,7	2,3	5,8	6,9	10,0	6,3	5,7	
Setembro	4,6	0,9	9,0	2,8	0	3,4	8,3	8,1	12,2	2,3	1,4	3,0	7,7	6,1	4,7	
Outubro	1,5	0	1,2	5,7	3,8	2,4	5,0	4,6	3,5	4,7	2,9	7,6	4,4	4,7	3,5	
Novembro	1,5	0	0	2,8	3,8	1,6	3,3	19,7	1,7	2,3	4,4	3,0	3,3	5,4	3,5	
Dezembro	1,5	0,9	5,1	2,8	7,6	3,6	5,0	13,9	0	0	4,4	1,5	4,4	4,1	3,8	
<b>TOTAL</b>	<b>10,5</b>	<b>9,4</b>	<b>12,8</b>	<b>3,6</b>	<b>8,8</b>	<b>10,5</b>	<b>6,6</b>	<b>12,9</b>	<b>11,4</b>	<b>3,2</b>	<b>9,8</b>	<b>10,1</b>	<b>11,6</b>	<b>9,6</b>	<b>10,0</b>	

(\*) Enfermaria estava em reforma, não tendo pacientes internados nesse período.

Nota-se que a incidência nas enfermarias femininas (3,6%) não difere em muito das masculinas (3,5%). Todavia, existe uma relação significativa entre as características dos pacientes das enfermarias e a incidência de pediculose. Nas enfermarias onde havia maior rotatividade de pacientes, a incidência de pediculose foi mais alta, uma vez que o fato de internar um número maior de pacientes, levou à maior possibilidade de infestação e reinfestação. Ao contrário, nas enfermarias em que havia menor número de pacientes admitidos, verificou-se um maior controle, e portanto uma incidência menor de pediculose. Como exemplo, temos que na 5ª Enfermaria Feminina a incidência foi bem mais elevada (pacientes agudas) - 5,1%, do que na 1ª e 2ª Enfermarias Femininas (pa-

cientes asilares) 2,4% e 2,1%, respectivamente. Situação semelhante ocorreu no setor masculino, onde na 2ª Enfermaria Masculina a incidência foi de 4,7%, enquanto na 3ª Enfermaria Masculina (pacientes crônicos) a incidência foi de 2,8%.

Nota-se pela Tabela 4 que a maior incidência de pediculose ocorreu no mês de maio (3,7%), seguida de abril (3,5%), março (3,4%), janeiro (3,3%), fevereiro (3,2%) e dezembro (2,8%). Portanto pode-se pressupor que esta ocorrência se dá no clima mais quente. No calor, o tempo de procriação dos *Pediculus* é menor e as condições de higiene são mais difíceis de serem mantidas, propiciando assim a proliferação dos parasitas.

**TABELA 2 - Distribuição percentual da incidência de pediculose no ano de 1990, segundo o sexo e enfermaria, no H.C.S. - SJ - SC**

SEXO ENF	FEMININO					Sub Total	MASCULINO								Sub Total	Total Geral
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª		
MÊS																
Janeiro	0,6	0,8	0	1,9	6,5	2,0	3,6	3,6	0	0	8,0	0	1,2	0,2	2,0	2,0
Fevereiro	0	0,7	0,7	3,3	4,6	1,9	3,3	2,2	0	0	0,9	0	0,7	0	0,9	1,4
Março	0	1,3	0,7	3,3	1,0	1,3	3,7	1,9	0,4	0	0	0	1,1	0,5	0,9	1,1
Abril	0	0,3	0,7	2,8	2,8	1,3	2,9	2,5	0	0	0	0	2,5	0	1,0	1,1
Mai	0	0,6	0,9	3,0	4,5	1,8	0,6	1,8	0	0	0	0	0,3	0	3,3	2,5
Junho	0,4	0,7	0,4	2,0	0	0,7	1,2	3,4	0	0	0	0	0,4	0,5	0,7	0,7
Julho	0	2,0	0,7	0,9	1,7	1,0	0,4	0,4	1,4	0	0	0	0	0	0,3	0,6
Agosto	0	1,4	0,9	6,5	1,4	2,0	1,0	1,2	2,2	0	0	0	0	0,4	0,6	1,3
Setembro	0	0	0,7	1,4	1,0	0,6	1,2	0,4	1,8	0	0,4	0	0	0	0,5	0,5
Outubro	0	0	0	0,8	2,0	0,6	0,3	1,0	0,7	0	0	0	0	0	0,2	0,4
Novembro	0	0,2	0,4	0,9	2,4	0,8	2,4	2,5	1,4	0	0	0	1	0	0,7	0,7
Dezembro	0	0,5	0,7	1,4	2,1	0,9	0,8	2,2	0	0	2,0	0	2	0	0,8	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>	<b>2,3</b>	<b>2,5</b>	<b>1,3</b>	<b>1,8</b>	<b>1,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0,8</b>	<b>0,1</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

**TABELA 3** - Distribuição percentual da incidência de pediculose, de 1981 a 1990, segundo o sexo e enfermaria, no H.C.S. - SJ - SC

SEXO ENF MÊS	FEMININO					Sub Total	MASCULINO								Sub Total	Total Geral
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª		
1981	10,5	9,4	12,8	3,6	8,8	10,5	6,6	12,9	11,4	3,2	9,8	11,1	0	11,6	9,6	10,0
1982	1,5	1,1	3,0	3,4	2,4	2,3	3,1	4,1	1,8	1,5	3,9	6,9	0	2,6	3,4	2,8
1983	3,6	1,3	3,0	2,4	4,2	2,9	2,6	10,4	2,3	2,0	11,2	7,3	0	4,0	5,7	4,3
1984	3,6	1,5	3,4	2,7	6,6	3,6	5,7	8,3	5,5	2,9	12,0	7,0	5,3	6,7	6,9	5,2
1985	2,3	2,1	3,1	4,3	5,2	3,5	2,2	1,4	3,8	2,7	1,9	3,3	1,3	5,3	2,7	3,1
1986	1,3	0,5	4,0	5,5	5,0	3,2	4,2	2,1	0,8	3,0	1,2	1,5	5,7	0,2	2,1	2,6
1987	0,5	2,7	4,3	9,0	10,0	5,3	2,7	1,4	1,3	0	4,4	2,8	5,7	1,3	2,3	3,8
1988	0,3	1,1	1,8	2,6	3,2	1,7	1,0	2,0	0,1	0	0,3	0,1	1,3	1,0	0,7	1,2
1989	0,1	0,9	1,4	1,6	3,0	1,4	1,8	2,3	0	0,1	0,2	0	0,8	0,1	0,7	1,0
1990	0	0,7	0,5	2,3	2,5	1,2	1,8	1,9	0,6	0	0,9	0	0,8	0,1	0,8	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>2,4</b>	<b>2,1</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>5,1</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	<b>4,7</b>	<b>2,8</b>	<b>1,5</b>	<b>4,6</b>	<b>3,9</b>	<b>3,0</b>	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência da Comissão de Pediculose garantiu, com medidas de prevenção, nesse período de dez anos, o controle da incidência, com medidas de prevenção e erradicação dos *Pediculus*. O levantamento periódico das necessidades e dificuldades, as novas propostas de atuação, a constante atualização das rotinas e das fichas de registro e controle, o treinamento de todo novo funcionário admitido, além de outras atividades, justificaram a importância desta Comissão. Embora tenha sido inicialmente uma Comissão Multidisciplinar, o aumento gradativo do número de enfermeiros demonstrou o quanto esta atividade de controle da pediculose tem de específico de atenção de enfermagem. Por outro lado, o fato de se suspender os mutirões e confiar ao Serviço de Limpeza o seu papel de manter a higiene e limpeza da área física e equipamentos, bem como o contrato do Ser-

viço de Dedetização por uma firma especializada, garantiu ao Serviço de Enfermagem a realização das atividades relacionadas às suas funções específicas, ou seja, a identificação, registro e aplicação do tratamento, o combate à pediculose, através das equipes de enfermagem, de cada enfermaria.

Cabe aqui questionar os efeitos da toxicidade das drogas utilizadas, tanto nos pacientes infestados como nos funcionários, uma vez que ao longo do tempo poderiam ocorrer efeitos colaterais. Em nenhum momento porém, foi registrado alguma reação à droga. Nem mesmo foi possível justificar uma infecção hospitalar tendo como porta de entrada lesões decorrentes de pediculose.

As condições gerais das enfermarias dificultaram um melhor controle da pediculose. Superlotação (principalmente em vésperas de eleições, em épocas de carnaval, etc.), excesso de leitos-chão, reformas, desdobramentos, fechamentos, troca de pessoal, tem-

**TABELA 4** - Distribuição percentual da incidência de pediculose no ano de 1981a 1990, segundo os meses do ano, no H.C.S. - SJ - SC

ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
1981	(*)	64,4	4,0	4,8	7,9	3,5	4,5	5,7	4,7	3,5	3,5	3,8	10,0
1982	3,2	2,2	2,5	2,6	1,5	1,9	2,5	2,8	3,1	2,7	4,9	4,2	2,8
1983	3,3	4,4	3,9	4,7	3,9	3,6	4,2	3,6	3,9	3,9	5,3	7,0	4,3
1984	6,1	5,0	5,3	5,2	5,0	6,8	6,4	4,9	3,9	4,7	4,9	3,8	5,2
1985	4,7	3,8	5,7	5,5	5,4	3,2	2,0	2,2	1,0	1,4	1,4	1,6	3,1
1986	2,5	3,6	2,9	2,9	3,3	3,4	2,1	2,4	1,5	2,4	1,6	3,1	2,6
1987	4,5	4,0	5,7	5,6	5,0	2,5	4,3	2,9	3,1	3,7	2,3	1,8	3,8
1988	2,3	2,7	1,6	1,8	1,8	1,1	0,5	0,3	0,6	0,5	0,7	1,1	1,2
1989	1,4	1,4	1,3	0,8	0,9	0,9	0,5	0,8	1,0	1,1	1,3	0,9	1,0
1990	2,0	1,4	1,1	1,1	2,5	0,7	0,6	1,3	0,5	0,4	0,7	0,8	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>3,3</b>	<b>3,2</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,7</b>	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>	<b>2,7</b>	<b>2,3</b>	<b>2,4</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>3,0</b>

(\*) = Registro somente a partir de fev./81

po de permanência dos pacientes, estado geral característico dos pacientes de algumas enfermarias, e outros fatores implicaram neste processo. Observa-se que nas enfermarias com menor rotatividade e mais fechadas, o controle era mais fácil e menor foi a incidência da pediculose.

Cabe ressaltar aqui, talvez o mais importante aspecto ao nosso ver: a situação do paciente psiquiátrico, que até então, quando se apresentava com pediculose, era rechaçado pelo pessoal da equipe hospitalar, por seus familiares e amigos. Isto efetivamente lhe causava muita ansiedade e insegurança. E no momento em que esta situação (pediculose) era resolvida, o paciente passava a ter condições de realizar

seu tratamento psiquiátrico, conseguindo obter resultados mais satisfatórios.

Pode-se afirmar ainda que a droga pediculida não foi a mais importante no combate a pediculose, e sim o controle de enfermagem evidenciado. Pois mesmo quando não se tinha a droga, como ocorreu em 1988, e somente com o controle, pode-se manter e até mesmo diminuir a incidência. Cabe destacar a dedicação e responsabilidade das equipes de enfermagem. Delas dependeu o controle, que se refletiu nos resultados, ou seja, nos dados de incidência de pediculose na sua respectiva enfermaria. Daí, a importância da atenção de enfermagem no controle e prevenção da pediculose na instituição hospitalar psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEYERS, M. e DUDAS, S. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
2. DUCAN, B.B et al. *Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2. ed. Recimp. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. MILLER, O. et al. *Diagnóstico e Terapêutica em Medicina Interna*. 14 ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 1987. v.3.
4. MOFFATT, A. *Psicoterapia do Oprimido*. 6 ed., São Paulo: Cortez, 1986.
5. NEVES, J. *Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
6. PEREIRA, M.S. e MORIYA, I.M. Controle de infecção hospitalar. *Rev. Bras. Enfermagem*. Brasília, v.41, n.1, p.39-45, jan/mar, 1988.
7. PULITT, P. Brasil não sabe evitar infecção hospitalar. *Folha de São Paulo*, São Paulo, p.4-1/4-4, 11 de agosto de 1991.
8. SASAKI, N.M. e CORTEZ, J.R.B. Avaliação clínica do uso da decametrina no tratamento da pediculose do couro cabeludo. *Rev. Saúde Publ.*, São Paulo, v.19, p.300-303, 1985.

Recebido para publicação em 8.10.93