



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
MESTRADO

**Aspectos Ocupacionais e Ergonômicos da Técnica de
Higienização do Couro Cabeludo em Pacientes Hospitalizados**

Dissertação de Mestrado

Adriana Romão da Costa

Florianópolis, SC, Brasil
2002



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
MESTRADO

**Aspectos Ocupacionais e Ergonômicos da Técnica de
Higienização do Couro Cabeludo em Pacientes Hospitalizados**

Adriana Romão da Costa

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Engenharia de
Produção da Universidade Federal de
Santa Catarina para obtenção do título
de Mestre em Engenharia de Produção
com concentração em Ergonomia.**

Florianópolis, SC, Brasil
2002

Adriana Romão da Costa

Aspectos Ocupacionais e Ergonômicos da Técnica de Higienização do Couro Cabeludo em Pacientes Hospitalizados

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de **Mestre em Engenharia de Produção**, e aprovada em sua forma final pelo **Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP)** da **Universidade Federal de Santa Catarina**

Florianópolis, 16 de dezembro de 2002.

Prof. Edson Pacheco Paladini, Ph.D.
Coordenador do PPGEP

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Roberto Moraes Cruz, Dr. PPGEP
Orientador

Prof. Antonio Renato Pereira Moro, Dr. PPGEP
Banca

Prof. Emílio Takase, Dr. Dpt^o Psicologia
Banca

DEDICATÓRIA

*A meu Esposo e meu filho Luis Augusto, por estarem
sempre presentes neste estudo pela compensação
de todo meu trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter estado sempre comigo, dando-me sabedoria, saúde, paz e tranqüilidade em todos os momentos dessa trajetória.

À minha família, pela compreensão, carinho e amabilidade a mim sempre dispensado.

Aos docentes do curso, pela dignidade e elevado senso profissional.

Ao professor Dr. Roberto M. Cruz, pela dedicação com que conduziu sua orientação. Minha gratidão por seu apoio e dedicação.

Agradeço a ajuda prestimosa de minha amiga Beti Braz, pela paciência e carinho com que sempre me acolheu.

Agradeço às Instituições, funcionários e pacientes pela contribuição neste estudo.

A todos que de forma especial contribuíram para a realização desse trabalho.

*É preciso ousar dizer cientificamente que
estudamos.
aprendemos.
ensinamos.
conhecemos nosso corpo inteiro.*

*Com sentimento,
com as emoções,
com os medos,
com a paixão e também com a razão
crítica.*

Jamais com estas apenas.

*É preciso ousar para jamais dicotomizar o
cognitivo do emocional.*

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar os aspectos ocupacionais e ergonômicos da técnica de higienização do couro cabeludo em pacientes hospitalizados. A população (n=42) foi selecionada, intencionalmente, entre os profissionais e pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva de duas instituições hospitalares de Cascavel-PR. O método utilizado de tipo exploratório-descritivo, estruturado a partir de uma investigação quantitativo de desenho transversal e não probabilístico em razão da intencionalidade da escolha da população. Os dados foram coletados através de instrumentos formulados pela pesquisadora e convalidados. Na população estudada, 83% realizam o procedimento de higienização do couro cabeludo somente quando observam se tem sujidades no cabelo, 54% avaliam que técnica de higienização do couro cabeludo não é adequada para desenvolver a atividade, 73% improvisavam os recursos materiais para a execução da tarefa, 17% apresentam desconforto na região cervical, coluna lombar, ombros, membros superiores e inferiores, quando executam as atividades junto aos pacientes. Os resultados demonstram corroborar com estudos anteriores, quando apresenta fortes indícios entre o desconforto postural e riscos ocupacionais inerentes à prática de trabalho dos trabalhadores de enfermagem.

Palavras-chaves: Higienização do couro cabeludo, enfermagem, desconforto, aspectos ergonômicos.

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the occupational aspects and ergonomic techniques for the scalp hygiene in hospitalized patients. The population (n=42) was selected, intentionally, among professionals and patients of Intensive Care Unit of two medical institutions in Cascavel, PR. A non-descriptive exploratory method was utilized, which was structured from a transversal drawing quantitative investigation, and not probabilistic, due to the intention of the population choice. The data were collected through the tools formulated by the researcher and reinforced. Eighty-three per cent of the studied population performed the scalp hygiene process only when they observe dirtiness of the hair, 54% evaluated that the scalp hygiene process is not adequate in order to develop this activity, 73% improvised the material resources to execute the duty, 17% complained of discomfort to the cervical region, lumbar column, shoulders, and upper and lower limbs when performing the activity next to the patients. The results corroborate with earlier studies, showing strong signs of postural discomfort and occupational risks inherent to the nursing worker's work practices.

Key-words: Scalp hygiene, nursing, discomfort, ergonomic aspects.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 2.1 – Atividade de dobrar o cobertor no sentido diagonal	29
FIGURA 2.2 – Atividade de enrolar suas extremidades para formar um círculo	29
FIGURA 2.3 – Atividade de dobrar no sentido diagonal para formar um funil	29
FIGURA 2.4 – Atividade de envolver o cobertor de forma que permaneça um funil	29
FIGURA 2.5 – Atividade de envolver o cobertor com a extremidade maior do funil improvisado com o impermeável	29
FIGURA 2.6 – Aparelho utilizado pelos americanos para higienização do cabelo	31
FIGURA 4.1 – Distribuição da tarefa de Higienização junto ao paciente	82
FIGURA 4.2 – Distribuição de utilização de técnica de higienização do couro cabeludo pelos trabalhadores de enfermagem	83
FIGURA 4.3 – Distribuição da atividade de higienização	83
FIGURA 4.4 – Distribuição da satisfação e conforto do paciente	84
FIGURA 4.5 – Distribuição da satisfação e conforto dos trabalhadores de enfermagem	85
FIGURA 4.6 – Distribuição da adequação da atividade	85
FIGURA 4.7 – Distribuição dos recursos-matérias da atividade	86
FIGURA 4.8 – Distribuição dos materiais da técnica de higiene do couro cabeludo	86
FIGURA 4.9 – Distribuição da carga física	87
FIGURA 4.10 – Distribuição do Mapa de Desconforto Corporal	88

LISTA DE TABELA

TABELA 4.1 – Distribuição das variáveis demográficas (n=42)	81
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 2.1 – Descrição dos procedimentos e fundamentação na técnica de higienização do couro cabeludo	26
QUADRO 2.2 – Descrição dos procedimentos e fundamentação na técnica de higienização do couro cabeludo (technique for shampooing hair)	30
QUADRO 2.3 – Principais microorganismos da flora normal do corpo humano	56

LISTA DE TERMOS

Agente Infeccioso (ou Etiológico ou Patogênico): Qualquer ser vivo capaz de produzir infecção ou doença infecciosa no ser humano e em outros animais superiores.

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Desinfecção: Processo de destruição de agentes infecciosos em sua forma vegetativa em áreas, superfícies, materiais e artigos semicríticos ou contaminados, pela aplicação de meios físicos ou químicos.

DORT: Distúrbio osteomolecular relacionado ao trabalho.

Esterilização: Processo de destruição ou eliminação total de todas as formas de vida na forma vegetativa e esporulada, por meios físicos ou químicos.

Infecção: Penetração, alojamento, multiplicação e desenvolvimento de microorganismos patogênicos no corpo de um hospedeiro, provocando nestas reações orgânicas patológica.

Infecção Hospitalar: Infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante esta ou após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

LER: Lesão por esforços repetitivos.

Microorganismos: Seres vivos invisíveis a olho nú, denominado saprófitos, quando possuem vida independente, e parasitas, quando vivem de alimentos elaborados por outros organismos.

Resistência Imune: Conjunto de mecanismos corporais dos seres vivos que servem como defesa contra a invasão e a multiplicação de agentes infecciosos ou contra os efeitos nocivos de seus produtos tóxicos; capacidade dos microorganismos de se defender dos desgastes orgânicos e /ou psicológicos provocados por doenças; imunidade natural ou adquirida do organismo às doenças.

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
LISTA DE FIGURAS	08
LISTA DE TABELA	09
LISTA DE QUADROS	09
LISTA DE TERMOS	10
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.2 JUSTIFICATIVA	16
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo geral	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 PERGUNTAS DE PESQUISA	19
1.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	19
CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 ANATOMIA, FISILOGIA E MICROBIOLOGIA DO COURO CABELUDO	21
2.2 REVISÃO DAS TÉCNICAS DE HIGIENE DO COURO CABELUDO	24
2.3 A TÉCNICA DE HIGIENE DO COURO CABELUDO	25
2.4 A TÉCNICA DE HIGIENE UTILIZADA PELOS AMERICANOS	30
2.5 ROTEIRO DA ATIVIDADE DE HIGIENIZAÇÃO DO COURO CABELUDO	31
2.5.1 Caracterização da higienização do cabelo nos pacientes UTI	32
2.5.2 Caracterização da atividade do trabalhador enfermagem na UTI	32
2.6 AUXÍLIO AO PACIENTE NA HIGIENIZAÇÃO DO CABELO	33
2.7 ERGONOMIA E A ATIVIDADE DE HIGIENIZAÇÃO DO COURO CABELUDO	35
2.8 ASPECTOS BIOMECÂNICOS	39
2.9 SEGURANÇA, CONFORTO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO	41

2.10 RISCOS OCUPACIONAIS E INFECÇÕES HOSPITALARES	44
2.11 INFECÇÕES HOSPITALARES	50
2.12 EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES	55
2.13 SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM	58
2.14 BIOÉTICA E BIOSSEGURANÇA	59
2.15 DISTÚRBIOS OSTEMOLECULARES RELACIONADOS AO TRABALHO	62
2.16 SAÚDE, AUTO-IMAGEM E CONFORTO PSICOLÓGICO	64
2.16.1 Estresse	64
2.16.2 A Importância do cabelo na imagem pessoal	67
2.16.3 A ação psicossomática do cabelo na imagem corporal	69
2.16.4 A influencia das crenças na auto-imagem	71
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	74
3.1 DESENHO DO ESTUDO	74
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL	74
3.3 POPULAÇÃO	75
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	76
3.5 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DA AMOSTRA ESTUDADA	78
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	79
3.7 CONSULTAS ÀS FONTES BIBLIOGRÁFICAS ELETRÔNICAS	80
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	81
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS	81
4.2 ASPECTOS BIOMECÂNICOS	87
CAPÍTULO 5 – DISCUSÃO DOS RESULTADOS	89
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	98
ANEXOS	103

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O trabalho na enfermagem vem crescendo e sofrendo mudanças para atender às várias demandas da sociedade atual, cada vez mais complexa. Os diversos papéis desempenhados pelos trabalhadores de enfermagem englobam as mais variadas funções, para proporcionar o melhor atendimento para os pacientes.

Os trabalhadores de enfermagem tornaram-se parte essencial do sistema de saúde, como resultado do rápido crescimento da indústria da saúde; os avanços tecnológicos que resultaram em tratamentos especializados de alta qualidade e complexidade, tudo isso é, certamente melhor do que já foi no passado, mas ainda gera alguns problemas para atender às necessidades humanas básicas de cada paciente.

No passado, a maioria dos indivíduos e das sociedades possuía uma visão de saúde como sendo o oposto da doença ou ausência dela. A saúde não é simplesmente a ausência da doença. Definir saúde, atualmente, é uma tarefa complexa, porque não se trata somente de uma parte do conhecimento científico adquirido, não é um objeto, uma parte ou função do corpo. Saúde é um estado de ser de cada indivíduo consigo próprio.

A Organização Mundial de Saúde define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de uma doença ou enfermidade” (1974, p. 22). Existem divergências na aceitação desse conceito de saúde, pois quem não concorda com esse conceito acreditam que os países em

desenvolvimento e para as populações pobres, ela foge da realidade e os que acreditam no conceito paira a dúvida do que é saudável ou não cientificamente. O conceito de saúde de uma pessoa são as suas atitudes, convicções, idéias com relação à saúde e à doença, com apoio nas informações corretas ou equivocadas, bom senso ou preconceitos, realidades ou expectativas falsas. Desta maneira, a opinião de uma pessoa sobre a saúde pode sustentar atividades que possam afetar positiva ou negativamente a sua saúde.

Os trabalhadores de enfermagem atuam para restabelecer a saúde e a doença, a fim de promover e possibilitar as necessidades humanas básicas de cada paciente, sendo a higienização do paciente parte fundamental para restabelecimento de seu estado de saúde.

O banho e os cuidados pessoais são hábitos importantes em todas as culturas; cuidados com higiene e aparência pessoal são funções independentes e importantes, tanto para as crianças como para os adultos. Quando um indivíduo está doente, muitas vezes ele depende dos outros para ser ajudado em sua higiene pessoal, o que pode reduzir a auto-estima pessoal. Precisar de alguém para lavar suas mãos, rosto, cabelos e cuidar dos vários aspectos que envolvem a higiene pessoal é humilhante, e a maioria das pessoas encara o fato como embaraçoso. Frequentemente, elas hesitam em pedir ajuda e sua angústia em ter que pedir soma-se ao seu sofrimento físico e psíquico.

A pessoa doente apresenta uma diminuição da resistência à infecção. Conseqüentemente, a existência de bactérias patogênicas em seu ambiente constitui um risco constante de infecção. O fato de ajudar o paciente a se manter limpo, através da remoção de impurezas, produtos da excreção e secreções, elimina muitas substâncias nas quais essas bactérias se reproduzem. Além disso, as

medidas higiênicas ajudam o paciente a sentir-se mais confortável e relaxado. A maioria das pessoas se sente melhor quando está limpa, muitos pacientes que não conseguem repousar tendem a dormir profundamente após um banho relaxante.

Freqüentemente, as pessoas doentes se sentem preocupadas com os odores desagradáveis, um motivo que torna a boa higiene essencial ao indivíduo doente é que a sensação de limpeza e frescor melhora seu estado de ânimo. Geralmente, o aspecto asseado indica boa saúde mental, provavelmente o problema mais comum que os trabalhadores de enfermagem enfrentam na assistência às pessoas dependentes é a incapacidade delas realizarem a sua própria higiene.

Quando a higienização é negligenciada, ou realizada inadequadamente, causa considerável desconforto ao paciente, tornando-o mais vulnerável à infecção e obrigando os trabalhadores de enfermagem a despenderem consideráveis esforços para restaurar as condições de integridade e saúde do paciente, restabelecendo as necessidades humanas básicas.

Alguns pacientes necessitam de ajuda na obtenção de hábitos higiênicos, pois cada indivíduo apresenta suas próprias maneiras no que se refere ao modo de como gosta de tomar banho, a freqüência com que lava os cabelos. A atenção dedicada a esses detalhes pode contribuir favoravelmente para que o paciente se sinta satisfeito e confortável, e os trabalhadores de enfermagem contribuem ao assegurar aos pacientes as necessidades humanas básicas.

A higienização do couro cabeludo para pacientes deve ser feita de modo rotineiro para que possa satisfazer as necessidades de higiene do paciente, pois é importante que os trabalhadores de enfermagem percebam que o paciente está ciente de sua aparência o tempo todo, e a aplicação da técnica de higiene do couro cabeludo deve ser capaz de manter a limpeza e a integridade dos cabelos e do couro cabeludo,

estimulando ou mantendo a sensação de conforto e a auto-estima do paciente. O Ministério da Saúde e a área V da Organização Pan-Americana de Saúde iniciaram, em 1988, a preparação de padrões mínimos de assistência de enfermagem na prevenção, promoção e recuperação da saúde em geral. Consideram a implementação de padrões de enfermagem indispensáveis para melhorar a qualidade da assistência prestada, diminuindo os riscos e ampliando a cobertura dos serviços prestados à comunidade.

A Ergonomia busca promover a máxima ambientação do trabalhador, através da adequação a este de condições físicas, psíquicas e emocionais, a fim de levar as pessoas a enxergarem o trabalho como algo capaz de gerar satisfação e realização.

O aprimoramento da Técnica de Higiene do Couro Cabeludo pressupõe um manejo adequado e possibilita satisfação e conforto para quem recebe esse cuidado. Constitui um elemento indispensável para o desenvolvimento de uma série de atenções e cuidados aos pacientes e aos trabalhadores de enfermagem, visando a correta higienização e a redução de microorganismos suscetíveis à propagação de infecções hospitalares.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A escolha desse tema surgiu pelo fato da autora ter desenvolvido, por um período, suas atividades profissionais como Enfermeira-chefe de plantão diurno/noturno, e que, quando necessária à realização da higienização de couro cabeludo aos pacientes, observava que as reclamações vinham de ambas as partes.

Alguns pacientes queixavam-se de desconforto no manuseio e que sua cabeça continuava suja; os trabalhadores de enfermagem também se queixavam e mostravam insatisfação para realizar o procedimento, pois alegavam que, muitas vezes, era necessário o improviso dos materiais, a dependência dos colegas para a execução da atividade, e que molhava suas roupas.

O levantamento bibliográfico realizado revelou a escassez de publicações sobre a higienização do couro cabeludo em pacientes hospitalizados e que as técnicas para realização do procedimento segue os primórdios da profissão, sendo poucas as alterações colocadas pelos autores, que tendem a modificações na montagem do material para realização da higiene do couro cabeludo e não as alterações no funcionamento da técnica.

Este estudo busca uma melhor compreensão para a higienização do couro cabeludo aos pacientes hospitalizados, a satisfação dos trabalhadores de enfermagem na execução do procedimento e o conforto do paciente, bem como procura contribuir para minimizar o número de microorganismos no ambiente hospitalar, possibilitando a redução dos índices de infecções hospitalares.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Este estudo analisou os aspectos ocupacionais e ergonômicos associados a utilização da técnica de higiene do couro cabeludo, visando aprimorar o seu uso e proporcionar o aumento do conforto e da satisfação dos pacientes e dos trabalhadores de enfermagem.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analisar os pontos críticos que envolvem as atuais técnicas de higiene do couro cabeludo.
- Verificar a eficácia das atuais técnicas de higiene do couro cabeludo.
- Verificar junto ao paciente o conforto na realização da técnica de higiene do couro cabeludo.
- Verificar junto aos trabalhadores de enfermagem a satisfação para a execução da tarefa.
- Analisar, junto aos trabalhadores de enfermagem, o por quê dos improvisos para a realização da atividade de higiene do couro cabeludo, uma vez que se tem uma técnica e que a mesma determina os materiais.

- Analisar a demanda física dos trabalhadores de enfermagem e os desconfortos posturais para a realização da higiene da técnica higiene do couro cabeludo.

1.4 PERGUNTAS DE PESQUISA

Para que os objetivos propostos sejam atingidos, responderemos as seguintes perguntas de pesquisa:

1. Quais são os aspectos críticos das técnicas de higiene do couro cabeludo aos pacientes?
2. De que forma é utilizada a Técnica de higiene do couro cabeludo pelos trabalhadores de enfermagem?
3. As técnicas de higiene do couro cabeludo possibilitam aos trabalhadores de enfermagem desenvolver uma correta higienização?
4. De que forma a utilização da técnica de higienização do couro cabeludo pode contribuir para o aumento da satisfação e conforto dos pacientes hospitalizados?
5. Existe satisfação pelos trabalhadores de enfermagem ao realizarem o procedimento de higienização do couro cabeludo aos pacientes dependentes?

1.5 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo limitou-se avaliar os aspectos ocupacionais e ergonômicos da técnica de higiene do couro cabeludo em pacientes hospitalizados e dos trabalhadores de

enfermagem. Ressaltamos que não tivemos como objetivo, nesta dissertação, avaliar a frequência com que os trabalhadores de enfermagem realizam o procedimento junto aos pacientes, mas sim, levantar possíveis causas que interfere no paciente e trabalhadores de enfermagem para a execução do procedimento.

A escassez de dados sobre higienização do couro cabeludo a pacientes hospitalizados em nosso país constituiu um fator limitante pela dificuldade de comparação de resultados com nossa pesquisa, o que nos impede a realizar comparação literais com pesquisas internacionais.

Não é intenção deste trabalho o aprofundamento sobre a anatomia morfológica, patologia e fisiopatologia relacionada à estrutura da pele do couro cabeludo e anexo a não ser aqueles elementos essenciais à compreensão de seus aspectos funcionais.

CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ANATOMIA, FISIOLOGIA E MICROBIOLOGIA DO COURO CABELUDO

A pele é formada pela epiderme, pela derme e pelas camadas subcutâneas. A epiderme, ou camada mais externa contém células epiteliais mortas que formam uma proteína resistente conhecida como queratina, que protege as camadas subjacentes e as estruturas da pele. As células da epiderme estão continuamente se soltando e sendo substituída a partir da derme, ou pele verdadeira, que contém a maioria das glândulas secretoras. A camada subcutânea separa a pele dos músculos do esqueleto, e contém as células gordurosas, os vasos sanguíneos, os nervos e as raízes dos folículos pilosos e as glândulas. As estruturas que compõem a pele executam funções como: proteger as estruturas internas do corpo contra lesões e infecções, regular a temperatura corporal, manter o equilíbrio hidreletrolítico, oferecer informações sensoriais como dor, temperatura, tato e pressão.

Segundo Castro (1976), a pele é formada de uma superfície que faz a proteção do corpo exterior, formando uma espécie de “agasalho” que, ao mesmo tempo, pode sofrer alterações de origem interna e externa, apresentando-se mais grossa nas partes mais exposta e mais fina nas estruturas sensíveis. Sua função é de proteção geral do organismo, pelo poder de impermeabilidade e proteção dos tecidos subjacentes, existindo certo número de microorganismos não patogênicos em sua superfície.

O cabelo é considerado uma modificação córnea das células epidérmicas e, segundo Castro (1976, p. 65).

Um tipo especial de cútis é o que recobre a calvária (calota craniana) e que recebe o nome de couro cabeludo. Ele se caracteriza por ser constituído por uma espessa lâmina de tecido firme e denso, onde estão implantados os cabelos, e que apresenta a propriedade de poder deslizar em curta extensão nos diversos sentidos.

De acordo com Castro (1976), as células formam fibras mais ou menos alongadas que, unindo-se entre si, formam o tubo capilar propriamente dito. Os cabelos e os pelos que recobrem parte do nosso corpo crescem em ritmos diferentes, sendo que os cabelos crescem, em média, cerca de 1/4 a 1/3 de milímetros por dia, sendo formado por uma parte de células vivas, situadas no interior da derme, e uma parte de células mortas no exterior, tornando o cabelo higrófilo.

Um cabelo é um fio de queratina. Cada cabelo forma-se a partir das células que se situam na base de um único folículo. Embora os cabelos cubram todo o corpo, sua quantidade, distribuição, cor e textura variam consideravelmente entre homens e mulheres, bebês e adultos, além dos grupos raciais.

De acordo com Timby (2001), além de contribuir para a aparência singular de um indivíduo, os cabelos ajudam a evitar a perda de calor. À medida que o calor sai da pele, fica aprisionado no ar entre os cabelos e no meio deles, o calor do corpo também pode ser mantido através da contração dos pequenos músculos em torno dos folículos pilosos, comumente descritos como pêlos arrepiados.

As glândulas sebáceas, localizadas dentro dos folículos pilosos, liberam o sebo, que é oleoso. A secreção oleosa acrescenta peso as hastes dos cabelos, fazendo com que se achatem no crânio, o cabelo oleoso atrai pó e resíduos à medida que estes se acumulam. A textura, a elasticidade e a porosidade dos cabelos são

características herdadas, influenciadas pela quantidade de queratina e de sebo produzidos.

Os cabelos como são elementos externos à pele, apesar de nascerem dentro dela, os cabelos têm que ser alvo de higienização para reduzir o número de microorganismos albergados diariamente.

A pele e as mucosas abrigam sempre uma variedade de microorganismo que podem ser dispostos em dois grupos: (1) a flora normal, constituída por tipo relativamente fixa de microorganismos, encontrados com regularidade em uma certa área e segundo a idade e que, se perturbado, prontamente se restabelece; (2) a flora transitória, formada por microorganismos não patogênicos ou potencialmente patogênicos que habitam a pele ou as mucosas durante horas, dias ou semanas. Essa flora tem origem no meio ambiente, não produz doenças e não se estabelece de forma permanente na superfície (Tortora, 2000).

Ocorre uma relação de equilíbrio entre as floras existentes na pele, porém se a flora normal for perturbada, os microorganismos da flora transitória multiplicam-se, colonizam-se e podem desencadear a doença. Entretanto, os microorganismos encontrados constantemente nas superfícies corporais são nocivos e seu desenvolvimento depende do estado do organismo para se desenvolver e compor a flora normal, sendo que essa flora, em certas regiões, desempenha um papel definido na manutenção da saúde; por outro lado, a flora normal, por si mesma, pode se tornar em determinadas circunstâncias patogênica se for carregada para a corrente sangüínea ou tecidos do organismo humano.

O organismo humano dispõe de mecanismos de defesa para que possamos permanecer saudáveis. Por exemplo, a pele e as membranas mucosas íntegras são barreiras efetivas contra a invasão microbiana. Dentro do corpo, certas células e

proteínas especializadas denominadas anticorpos podem atuar em conjunto para destruir os micróbios. Entretanto, apesar de nossas defesas, ainda somos suscetíveis aos patógenos. Algumas bactérias podem invadir nossos tecidos e resistir a nossas defesas produzindo cápsulas ou enzimas, bactérias que liberam toxinas que podem afetar seriamente a nossa saúde.

Existe um equilíbrio delicado entre nossas defesas e os mecanismos patogênicos dos microorganismos, quando as defesas dos microorganismos atuam e resistem a estas capacidades patogênicas e altera as defesas do nosso organismo ocorre a doença; essa doença estabelecida nos indivíduos pode ser recuperada completamente, deixar seqüelas ou levar á morte.

2.2 REVISÃO DAS TÉCNICAS DE HIGIENE DO COURO CABELUDO

Revisando as literaturas especializadas que abordam as técnicas de higiene do couro cabeludo, observa-se que todos trazem, basicamente, os mesmos ensinamentos O que modifica de autor para autor é no sentido da montagem do material para a execução técnica, não encontrando nenhum estudo que dedicasse interesse em propor novos métodos para a higienização do couro cabeludo.

As modificações citadas pelos autores tendem a se situar em torno dos recursos materiais para execução da tarefa, não descrevendo a eficácia e a importância que a técnica higiene do couro cabeludo deve ter junto ao paciente, pelo fato de estar contribuindo no atendimento de suas necessidades básicas, e na minimização do número de microrganismo no ambiente hospitalar.

Algumas técnicas de higiene do couro cabeludo são tão antigas quanto o surgimento das unidades hospitalares; os autores, Knoelder (1976), Hornemann (1977), Mc Clain (1970), citam o uso de pente e escovas, e não mencionam a lavagem do cabelo como técnica de enfermagem e, paralelamente a essa higienização do couro cabeludo, ou a sua falta, estão as infecções hospitalares, que são tão antigas quanto os cuidados hospitalares que, no início, eram decorrentes do desconhecimento de técnicas de assepsia, em função das precárias condições de higiene e do pouco conhecimento do comportamento das várias doenças infecto-contagiosas.

Com os avanços do trabalho de enfermagem, no que se refere a higienização, surgiram as técnicas de higiene do couro cabeludo, até então padronizadas e utilizadas nas instituições de saúde, como um procedimento de lavagem, tanto é que ainda é reconhecida profissionalmente como a técnica do xampu.

2.3 A TÉCNICA DE HIGIENE DO COURO CABELUDO

Segundo Veiga (2001), em “Manual de Técnica de Enfermagem”, os procedimentos e a fundamentação destes na técnica de higiene do couro cabeludo podem ser descritos conforme o Quadro 2.1:

QUADRO 2.1 - Descrição dos procedimentos e fundamentação
na técnica de higienização do couro cabeludo

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
Explicar ao paciente o que será feito.	Obtém-se a colaboração e tranquilidade do paciente.
Dobrar o cobertor em diagonal, fazer um rolo bem consistente, unir as duas pontas de modo a formar uma argola pouco maior do que a cabeça do paciente.	Para prestar cuidado e proporcionar conforto ao paciente.
Reunir o material e levá-lo até o paciente, dispondo-o de maneira adequada.	Facilita a execução da técnica.
Colocar a toalha de rosto sobre os ombros, de modo a contornar o pescoço do paciente.	Proporciona conforto ao paciente e evita que o mesmo se molhe.
Colocar a cabeça do paciente dentro da argola de cobertor forrada com o plástico, apoiando o pescoço do paciente sobre as bordas da mesma, posicionando seu corpo diagonalmente em relação ao leito.	Permite que a cabeça fique bem ajustada dentro da argola, de modo a facilitar a execução do cuidado.
Colocar a parte inferior do plástico dentro do balde, que deverá estar sobre a escadinha ao lado da mesa de cabeceira do paciente.	Para que a água utilizada na higiene do couro cabeludo seja drenada para o balde sem molhar o chão.
Colocar as bolas de algodão nos ouvidos do paciente.	Evita a entrada de água dentro dos ouvidos do paciente.
Forrar o travesseiro do lado do paciente com o saco plástico pequeno e sobre este colocar a toalha de banho dobrada em pregas no sentido horizontal.	Dá continuidade à secagem do cabelo sem molhar o travesseiro.
Colocar um pouco de água do jarro na cuba redonda e proceder à higiene com xampu ou sabonete, tantas vezes quanto for necessário, dando especial atenção à temperatura da água e tendo o cuidado de não molhar o rosto do paciente durante o procedimento.	Para fazer a higiene adequada do couro cabeludo; conforto do paciente.

PROCEDIMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
Observar as condições dos cabelos e couro cabeludo (presença de lesões, caspas, parasitas, etc.)	Avalia as condições do couro cabeludo e cabelos e implementa ações de enfermagem que se fizerem necessárias para os problemas detectados.
Enxaguar os cabelos e com auxílio da toalha de rosto, disposta em volta dos ombros do paciente, fazer uma touca e colocar sobre o travesseiro já forrado com o plástico e a toalha de banho.	Dá continuidade à higiene, protege o paciente evitando que suas roupas e travesseiros sejam molhados.
Colocar o plástico utilizado para drenagem de água dentro do balde para posterior limpeza.	Mantém a unidade do paciente limpa, seca e em ordem.
Terminar de secar a cabeça do paciente com a toalha de banho.	Conforto e segurança do paciente.
Retirar as bolas de algodão dos ouvidos do paciente.	Conforto e promoção do autocuidado.
Solicitar que se penteie, se tiver condições; caso contrário, penteá-lo.	
Retirar o material do quarto do paciente, lavar, secar o plástico, entalcá-lo e guardá-lo para novo uso.	Deixa a unidade do paciente em ordem e o material em condições para próximo uso.

Fonte: Veiga (2001)

Nas bibliografias especializadas em técnicas de enfermagem, os recursos materiais necessários para a execução da técnica de “Higiene do Couro Cabeludo” podem ser genericamente descritos da seguinte forma:

Material necessário:

- toalhas: 1 de rosto e 1 de banho;
- Pente do paciente;
- Xampu ou sabonete do paciente; se o paciente não tiver estes pertences, usar sabão líquido ou sabão neutro da unidade;

- bolas de algodão pequenas;
- 1 jarro com água morna;
- 1 cuba redonda grande;
- 1 balde;
- 1 cobertor;
- sacos de lixo (1 grande e 1 pequeno);
- 1 escadinha de dois degraus.

Na abordagem da técnica de higiene do couro cabeludo, descrita por alguns autores, há pequenas variações no uso dos recursos materiais. Entre esses autores estão Weitzel (1974) e Lopes (1994), que descrevem o uso de bacia para a lavagem do cabelo, Mamede (1984) e Mussi (1995), que descrevem a utilização de cobertor e saco plástico para confecção do receptor de água e suporte da cabeça para a técnica de higienização do couro cabeludo, Timby (2001), descreve e recomenda o uso do equipamento próprio para a higiene que não encontramos no Brasil, a *Revista Nursing* n°32, (2001), destaca o concurso de idéias “Lavatório do couro cabeludo”, não disponível no mercado atualmente.

Segundo Mamede (1984) e Mussi (1995), a tarefa da confecção de um funil com cobertor e impermeável para higienização do couro cabeludo pode ser demonstradas abaixo conforme as Figuras 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 sistematizadas por Veiga (2001), em “Manual de Técnica de Enfermagem”.



FIGURA 2.1 – Dobrar o cobertor ao centro no sentido diagonal.



FIGURA 2.2 – Enrolar e entrelaçar suas extremidades para formar um funil



FIGURA 2.3 – Dobrar o impermeável no sentido diagonal de modo que uma das extremidades fique afunilada.



FIGURA 2.4 – Passar a extremidade mais fina do funil (bico) pelo centro do cobertor enrolado.



FIGURA 2.5 – Envolver o cobertor com a extremidade maior do funil improvisado com o impermeável.

2.4 A TÉCNICA DE HIGIENE DO COURO CABELUDO UTILIZADA PELOS NORTE- AMERICANOS

Segundo Timby (1989), em “Fundamentos de Enfermagem”, os procedimentos e a fundamentação destes na técnica de higiene do couro cabeludo podem ser descritos conforme o Quadro 2.2:

QUADRO 2.2 – Descrição dos procedimentos e fundamentação na técnica de higienização do couro cabeludo (*technique for shampooing hair*)

AÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Explique o procedimento ao cliente.	Uma explicação facilita o entendimento e cooperação.
Lave suas mãos.	Lavar as mãos detém que o microorganismo se espalhe.
Prepare o equipamento próximo do paciente.	Organização é uma forma de arrumar os horários e prevenir fadiga e frustrações do paciente.
Levante a cama a uma altura conveniente a você e abaixe do lado mais próximo do suporte.	O ajuste da cama ajuda a prevenir a tensão ou fadiga do músculo.
Posicione o paciente no apoio.	Uma posição supina facilita o escoamento da água, não permanecendo próximo ao rosto, olhos e cabeça.
Penteie ou escove o cabelo do cliente.	Remover o amaranhado do cabelo antes de lavá-la irá prevenir a quebra dos fios de cabelo.
Coloque um cobertor de banho dobrado, varias toalhas, ou uma almofada absorvente abaixo da cabeça, ombro e costas do paciente.	A camada de material absorvente, previne que o paciente de sentir umidade e frio. Isso também evita a umidade da cama.
Coloque uma bandeja ou bacia conforme foto anexo.	Usar uma bacia fornece um método de coletar e drenar a água longe do cliente e da cama.

Fonte: Timby (1989).

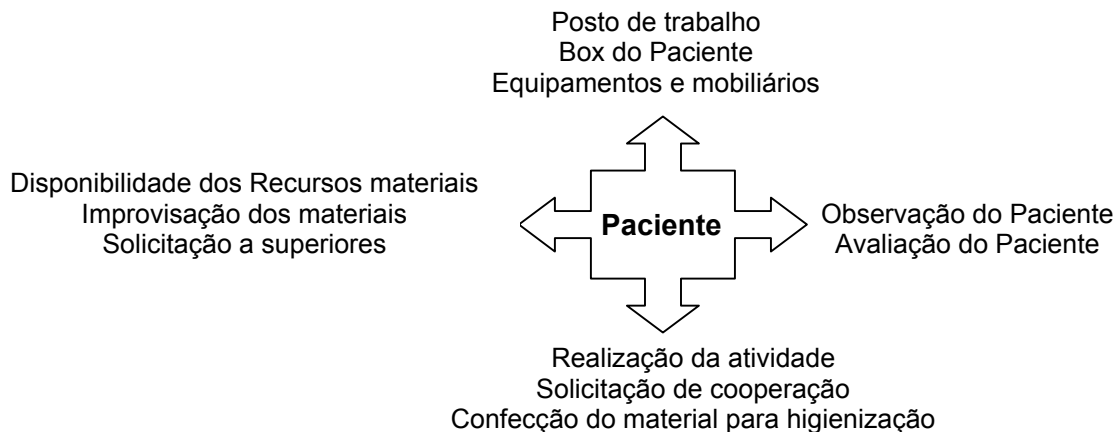


FIGURA 2.6 – Aparelho utilizado pelos americanos para higienização do cabelo.

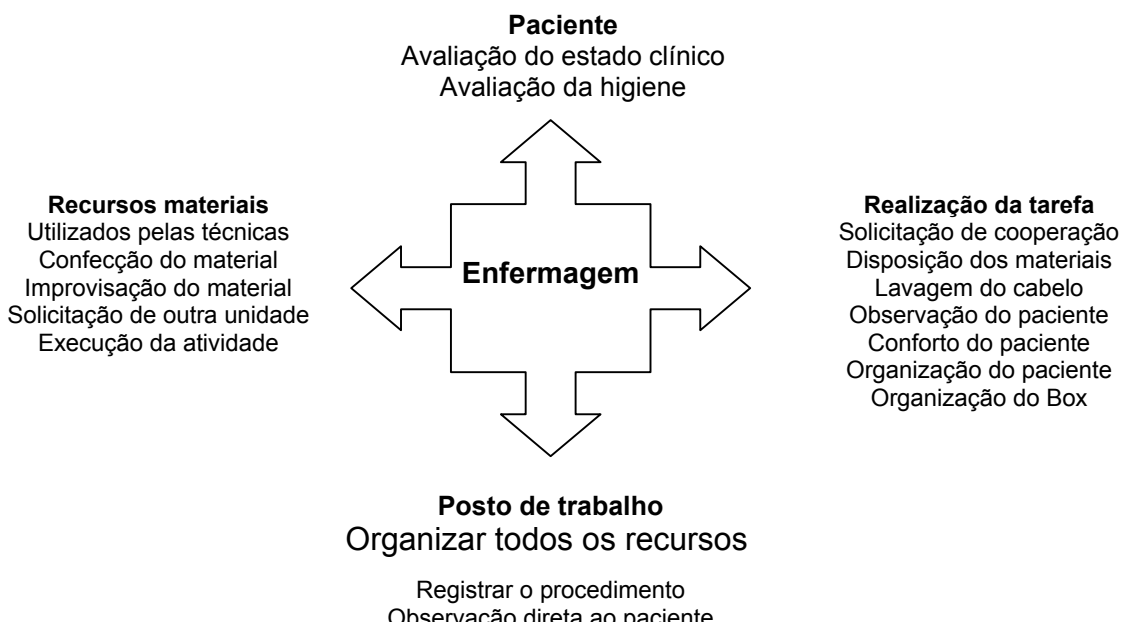
2.5 ROTEIRO DA ATIVIDADE DE HIGIENIZAÇÃO DO COURO CABELUDO

As atividades podem ser descritas em torno das condições dentro das quais os trabalhadores de enfermagem desenvolvem a tarefa de higienização do couro cabeludo junto aos pacientes internados nos setores de unidade de terapia intensiva das instituições hospitalares.

2.5.1 Caracterização da higienização do cabelo pacientes UTI



2.5.2 Caracterização da atividade dos trabalhadores de enfermagem UTI



2.6 AUXÍLIO AO PACIENTE NA HIGIENIZAÇÃO DO CABELO

A realização da higiene física é necessária para manter o bem-estar, segurança e sensação de conforto dos indivíduos; enquanto as pessoas que não estão com sua saúde abalada são capazes de satisfazer as suas próprias necessidades de higiene. Os indivíduos que estão com sua saúde comprometida dependem dos trabalhadores de enfermagem para manter a higiene corporal que faz parte das necessidades humanas básicas. Segundo Veiga (2001, p. 49).

Uma doença ou incapacidade pode impedir que o paciente cuide dos cabelos diariamente, os cabelos de um paciente imobilizado tornam-se rapidamente emaranhados, os curativos podem deixar sangue coagular ou solução anti-séptica nos cabelos, resíduos de sabonete, sendo que é necessária uma observação dos enfermeiros.

Segundo Capernito (2000), as medidas de higiene cobrem várias necessidades físicas básicas que os pacientes são, normalmente, incapazes de satisfazer sozinhos. É de responsabilidade dos trabalhadores de enfermagem incluírem a avaliação a higiene corporal dos pacientes, de forma a prestarem a assistência da prática de hábitos rotineiros de higiene quando o paciente for incapaz de realizá-lo.

Da mesma forma que os trabalhadores de enfermagem propiciam aos pacientes cuidados rotineiros de higiene, avaliam também o estado emocional e físico do paciente, durante a execução dos cuidados de higiene, sendo que os trabalhadores de enfermagem devem considerar as limitações físicas específicas, as crenças, os valores e os hábitos de higiene do paciente.

Os trabalhadores de enfermagem, quando estão realizando medidas de higiene, devem estar atentos para os hábitos individuais de higiene dos pacientes, pois esses

hábitos influenciam no modo de como os trabalhadores organizam sua assistência, a fim de que a higiene possa ser proporcionada; é necessário estar colocando essas medidas, pois os hábitos de higiene dos pacientes pode estar comprometendo sua saúde.

Quando um paciente é incapaz de banhar-se ou executar seus próprios cuidados com a higienização corporal, os trabalhadores de enfermagem devem realizar essa assistência necessária, pois o banho tem várias finalidades: proporciona o conforto, reduz microorganismos, estimula a circulação sanguínea e cria a oportunidade para exercícios, auto-estima, favorecendo ao trabalhador poder estar avaliando as condições físicas e as características do paciente.

Os trabalhadores de enfermagem devem estar avaliando o conforto do paciente, pois o conforto é um estado em que o indivíduo sente-se aliviado de um sofrimento, é necessário que os trabalhadores de enfermagem observem se os pacientes estão confortáveis em relação ao ambiente seguro, limpo e atraente e as necessidades de higiene. O cuidado com os cabelos dos pacientes é um dos elementos que promovem a sensação de conforto por estar vinculado a sua aparência pessoal.

As causas de desconforto físico podem estar relacionadas a temperaturas ambientes não adaptadas ao paciente, permanência em uma mesma posição desconfortável no leito, atrito de roupas em pessoas com ferimentos, ruídos, excesso de luz, odores, prédios e mobiliários mal conservados, falta de habilidade pelos trabalhadores de enfermagem ao prestar a assistência ao paciente, ausência de movimentação e exercício físicos, dor e falta de higiene corporal, ressaltando a higiene do cabelo, pois o cabelo é a moldura do rosto dos pacientes.

2.7 ERGONOMIA E A ATIVIDADE DE HIGIENIZAÇÃO DO COURO CABELUDO

Se definirmos o nascimento da ergonomia com precisão sua gestação tem uma duração bastante longa. Conforme cita Lida (1990), começou provavelmente com o primeiro homem pré-histórico que escolheu uma pedra de formato que melhor se adaptasse à forma e movimentos de sua mão, para usá-la como arma. A preocupação de adaptar os objetos artificiais e o ambiente natural ao homem sempre esteve presente desde os tempos da produção artesanal não mecanizada. Para o autor a existência das relações entre o homem e todos os instrumentos que foram criados de acordo com as necessidades imediatas, criou a possibilidade efetiva de transformar o ambiente e criar novas situações de adaptação das ferramentas e do trabalho às condições humanas.

O processo de transformação das condições de vida e produção econômica fez com que o homem criasse os meios para melhorar a atividade de trabalho. Os novos instrumentos permitiram o avanço tecnológico e o aumento da qualidade de vida por meio da redução dos fatores insalubres, ainda que mesmo assim, não tenha eliminado os danos à saúde e o desgaste na atividade profissional.

Ergonomia, em seu sentido etimológico pode ser entendida como o estudo das leis do trabalho; e a palavra “trabalho” possui como pano de fundo um sentido de constrangimento e de sofrimento embora, também, possa significar realizações humanas. A diferença entre trabalhar no sentido de pensar e na de criar, ou seja, esta contradição, continua sendo central na concepção moderna de trabalho (Fialho & Santos, 1997).

O trabalho humano, que antes era individualizado e consolidado como um todo, passou, gradativamente, a ser executado de maneira coletiva e fragmentada, à

medida que os avanços tecnológicos passaram a ser parte integrante do processo de trabalho. Para Laville (1977), a ergonomia é considerada como o conjunto de conhecimento a respeito do desempenho do homem em atividade, a fim de aplicá-lo a concepção de tarefas, dos instrumentos, das máquinas e dos sistemas de produção. O trabalho é uma forma de atividade própria do ser humano, enquanto ser social que busca satisfazer as necessidades de sobrevivência, diferenciando-o desta forma de outros seres vivos. A Ergonomia, para Silva Filho (1995), está implicada onde quer que exista setor produtivo, no qual o homem esteja inserido. A aplicabilidade do seu método permite a intervenção a fim de modificar a situação de trabalho. Observa-se que a prática da ergonomia consiste em emitir juízos de valores sobre o desempenho de determinado sistema homem-tarefa que, por sua vez, são complexos e evoluem inúmeras expectativas, provoca a necessidade de se produzir novos conhecimentos para que a finalidade do meio de produção sejam alcançados.

Para Montmollin (1990), a Ergonomia pode ser utilizada como instrumental do conhecimento sobre o trabalho humano, tanto na concepção de uma máquina, como também na análise da atividade dos operadores, cujo objetivo é modificar determinadas concepções da organização do trabalho, bem como os que têm que executar, aprender ou ensinar. O ergonomista pode utilizar seus conhecimentos sobre o homem para auxiliar na concepção de uma máquina e também analisar a acuidade dos operadores reais para alterar a organização do trabalho, a preocupação com a produtividade e as condições de trabalho leva a necessidade de se buscar formas de melhorar o relacionamento homem-trabalho.

Rio & Pires (1999), em publicação feita pela Revista Internacional do Trabalho, citam Jouvencel que conceituou a Ergonomia como sendo a aplicação conjunta de

algumas ciências biológicas para assegurar entre o homem e o trabalho uma mútua e ótima adaptação, com a finalidade de incrementar o rendimento do trabalho e contribuir para o seu bem-estar. Entretanto, percebemos que essa mudança não ocorreu em relação à busca que se propôs a de melhorar o bem estar do trabalhador, uma vez que o número de acidentes e as doenças causadas pelo trabalho não diminuíram.

A ciência ergonômica possui como perspectiva-posição de ultrapassar as oposições acadêmicas entre as diferentes disciplinas científicas que, nos dias de hoje, pretendem fazer do trabalho e do trabalhador o seu objeto de estudo: anatomia, fisiologia, toxicologia, psicologia, lingüística, sociologia, economia, gestão, entre outras. A unidade do seu objeto o trabalhador deverá ser considerado como um todo no seu trabalho, e não parcialmente, conforme afirma Montmollin (1990).

A Ergonomia, portanto, busca promover a máxima ambientação do trabalhador, através da adequação a este de condições físicas, psíquicas e emocionais, a fim de levar as pessoas a enxergarem o trabalho como algo capaz de gerar satisfação e realização, como concebiam os gregos ser o trabalho: *ergon*, que designa a criação, a obra de arte, e não como *ponos*, que se refere ao esforço e à penalidade (Fialho & Santos, 1995).

Em 1989, IV Congresso Internacional de Ergonomia conceituou a Ergonomia como sendo o estudo científico da relação entre o homem e seus meios, métodos e espaços de trabalho. O objetivo da ergonomia é elaborar um conhecimento próprio, contando com diversas disciplinas científicas, para ser aplicada visando obter a melhor adaptação ao homem dos meios tecnológicos e dos ambientes de trabalho e de vida, conforme percebem Rio & Pires (1999).

O objetivo da Ergonomia é adequar as situações de trabalho às características dos trabalhadores; é fundamental se conhecer quem são os sujeitos da enfermagem e quais os recursos que são criados e disponíveis que favoreçam essa adaptação. É preciso analisar as variações antropométricas de cada trabalhador, variações que necessitamos considerar como fatores que interferem na execução da tarefa como a capacidade física e o nível de habilidade de cada trabalhador, nos seus gostos, nas suas aptidões, isto é, na sua estrutura física e psicológica, e considera, ainda, a condicionante paciente idade, estrutura, peso, nível de dependência e tempo de internação. Nesse sentido, esta definição evidencia dois aspectos fundamentais na prática ergonômica: o conjunto dos conhecimentos científicos sobre o homem e a aplicação destes conhecimentos na concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que o homem utiliza na atividade de trabalho. Geralmente a maioria das situações de trabalho não é determinada por critérios ergonômicos. A organização do trabalho, a concepção de ferramentas e máquinas, a implantação de sistemas de produção são, também, determinados por demais fatores, como técnicos, econômicos, políticos e sociais.

Observamos na análise desses fatores técnicos, econômicos, políticos e sociais, que as organizações tem se limitado a adaptações ergonômicas dos espaços físicos, porem, para que isso resulte em melhorias reais das condições de trabalho, as mudanças ergonômicas não podem depender de estudos e análise superficiais, pois, deve-se entender a interferência desses fatores e suas leis de transformação para adaptação do trabalho ao homem.

Assim, o sistema de adaptação entre o homem e o trabalho deve criar um sistema de equilíbrio, uma compatibilidade entre as tecnologias desenvolvidas e as pessoas, para que juntas possam beneficiar as demais pessoas, como, por exemplo, os

trabalhadores de enfermagem, de quem se espera eficiência e habilidades, técnicas e sociais desenvolvidas.

2.8 ASPECTOS BIOMECÂNICOS: POSTURA E MOVIMENTAÇÃO

As intercorrências posturais que acometem os trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) são decorrentes das exigências do setor, manipulação dos pacientes e sobrecarga de trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem freqüentemente são expostos à carga física e mental durante seu trabalho, os equipamentos, mobiliário e espaço físico freqüentemente não vão ao encontro dos preceitos ergonômicos, as exigências das situações de emergência impõem tarefas que sobrecarregam o indivíduo, além da jornada de trabalho exaustiva e extensa e os plantões.

A Organização Mundial da Saúde, através do relato “Riscos Ocupacionais em Hospitais”, admite também que os problemas ergonômicos, característicos dos hospitais, parecem ser a movimentação e o transporte de pacientes. Alguns pesquisadores citam que o fato dos trabalhadores de enfermagem realizarem transferência de pacientes, movimentos e manipulação com peso em condição muito variável, predispõem os trabalhadores de enfermagem a sentirem pressões intensas nos discos intervertebrais, podendo provocar problemas posturais. As algias nas costas dos trabalhadores de enfermagem originam-se do levantamento de peso excessivo; tensão emocional, levantamento de carga de modo impróprio, esforço ou atividade que promova a rotação exagerada do tronco.

A técnica de movimentação de pacientes que deve ser considerada e utilizada pelos trabalhadores de enfermagem em sua jornada de trabalho, para mover e transportar pacientes, é considerada uma das mais perigosas tarefas em enfermagem. Para Alexandre e Angemari (1993), observa-se que a queixa principal dos trabalhadores de enfermagem é ter que executar transferências e movimentação de pacientes com um número reduzido de pessoas, o que exige um esforço maior. A segunda queixa está relacionada ao peso do paciente, bem como o desnível entre os mobiliários, exigindo um esforço maior dos trabalhadores, principalmente quando o paciente não pode cooperar. Colocam os autores que os mobiliários dos hospitais são muito alto e que a maioria dos trabalhadores de enfermagem não conseguem executar suas tarefas com os pacientes, utilizando os princípios de mecânica corporal; cita também que a coluna vertebral deve servir de elemento de suporte e nunca como elemento de articulação.

Segundo Grandjean (1998), a altura recomendada para a realização de esforços seria de aproximadamente 70 a 85 cm do chão, medida até a altura dos braços (para mulheres), podendo variar conforme a altura do trabalhador. Quando o trabalho demanda uma relativa força, necessitando da ajuda do peso do tronco, as alturas mais baixas são as adequadas, para que não haja sobrepeso ou encurvamento da coluna vertebral.

Para Hall (1993), quando a coluna vertebral sofre compressão, os discos intervertebrais tendem a perder água e absorver sódio e potássio para suprir essa perda, entretanto, quando essa compressão for continuada, resulta em uma diminuição da hidratação, causando prejuízos à estrutura da coluna.

Alexandre e Angirami (1993) colocam em seu estudo que a grande parte dos pacientes encontrados acamados pesam na faixa de 60 a 69 Kg, sendo assim, se o

paciente não colaborar, os trabalhadores de enfermagem suportarão uma carga de 20 a 23 Kg se a movimentação e transferência for realizada por três trabalhadores, que a prevalência do sexo feminino nessa profissão é acentuada e não se levam em consideração as peculiaridades dos pacientes, que necessitam de atendimento, por ser na maioria mulheres e que possuem aproximadamente metade da força dos homens para levantamento de peso, conforme aponta Lida (1997).

Os avanços tecnológicos em nível de instituições de saúde e também na vida cotidiana, geram mudanças importantes no comportamento do ser humano, modificando e necessitando de aspectos necessários para tais experiências. Junto a estas mudanças encontramos uma questão que modifica a manutenção e necessidade do trabalho, como meio de subsistência e valorização pessoal. A todo o momento realizamos atividades que exigem adaptação para nos ajustarmos às mudanças do meio em que estamos inseridos.

2.9 SEGURANÇA, CONFORTO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

O trabalho dos trabalhadores de enfermagem é uma especialidade destinada ao cuidado de pacientes, sua observação volta-se para os trabalhadores de todas as categorias e de todos os setores de ocupação, onde quer que se encontrem.

Dentro do processo laborativo, as empresas têm dado a devida importância ao trabalho dos trabalhadores de enfermagem, quando à saúde, buscando assim uma força de trabalho sadio, com conseqüente aumento da produtividade e lucro a empresa. Mas, independente dos investimentos e da importância que vem sendo dada a valorização dos trabalhadores de enfermagem como seres humano temos

algumas disfunções que podem causar lesões, doenças, encurtar a vida ou matar os trabalhadores de enfermagem, tais disfunções se dão por fatores de riscos externos (como longos trajetos percorridos para o trabalho, contato com o clima e temperatura variáveis, possibilidade de acidente de trabalho), internos (como luminosidade, ventilação, contato com irradiação, microrganismos resistentes, medicamentos, fluidos corporais), ou mistos (convívio com a morte, a dor e o sofrimento humano nos atendimentos, compartilhando de problemas vivenciados). Eles são desgastantes para os trabalhadores de enfermagem. Segundo Arreguy-Sena et al. (2000, p.1-2),

Sobrecarga de tarefa (o gênero feminino, por si, constitui uma das variáveis que reforçam tal sobrecarga, uma vez que ele culturalmente está vinculado a um acréscimo de atividades complementares a serem desenvolvidas no lar e nas relações familiares); jornadas prolongadas (devido à dobra de plantão ou pelo acúmulo de empregos); trabalho noturno (pessoas que não se adaptam às mudanças em seu círculo circadiano); situações conflitantes entre as relações interpessoais, relações de poder entre sua própria filosofia de vida, cultural, princípios religiosos, políticos e morais e as exigências administrativas; negação do auxílio doença em casos de acidente de trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem desenvolvem atividades as quais exigem atenção total, pois atuam com a saúde das pessoas; portanto, os estudos devem preocupar-se também com segurança desses trabalhadores (compreendendo saúde, higiene, estabilidade no emprego e seguridade). Segundo Dul e Weesdmeester (1995), a Ergonomia se aplica ao projeto de máquinas, equipamentos, sistemas e tarefas, com o objetivo de melhorar a segurança, saúde, conforto e eficiência no trabalho. Focaliza o homem no projeto de trabalho e nas situações cotidianas; pode contribuir para solucionar um grande número de problemas sociais relacionados com a saúde, segurança, conforto e eficiência sendo assim, a segurança desses trabalhadores precisa ser objeto de atenção, o que ainda hoje não ocorre freqüentemente, pois, os

trabalhadores preocupam-se com a saúde e segurança de seus pacientes, esquecendo-se da sua própria saúde e segurança.

A sobrecarga física e cognitiva, somadas à defasagem tecnológica resultante de escasso investimento nos setores sociais, produz condições de trabalho inadequadas, atribuindo pesadas cargas aos trabalhadores de enfermagem. Segundo Bulhões (1986), deve-se fazer aplicação dos princípios científicos da enfermagem geral e da enfermagem em saúde pública, aliados aos conhecimentos de HST (Higiene, Segurança do Trabalho) e ergonomia, para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e da eficiência do trabalhador em seu trabalho.

A satisfação e o conforto dos trabalhadores de enfermagem podem ser proporcionados ao grau em que os trabalhadores visualizam sua importância, e a forma de como estão sendo satisfeitas. Algumas pessoas conceberam aquisição, reconhecimento, progresso, oportunidades como forma de satisfação e conforto.

Entretanto, problemas de segurança, conforto e satisfação do trabalho ao homem nem sempre têm uma solução trivial, que possa ser resolvida na primeira tentativa.

Ao contrário, geralmente é um problema complexo, com diversas idas e vindas, para o qual não existe uma resposta pronta. A dificuldade na concretização da resposta obtida no IV Congresso Internacional de Ergonomia pode ser compreendida quando analisamos a crítica realizada por Rio & Pires (1999) ao afirmarem que tal precisão ainda não foi encontrada e a ergonomia ainda trabalha com conceitos genéricos que voltam aos conhecimentos científicos relativos ao trabalho humano, aos produtos e processos utilizados e construídos pelos seres humanos em seu trabalho.

Geralmente, a maioria das situações de trabalho não é determinada unicamente por critérios ergonômicos. A organização do trabalho, a concepção de ferramentas e máquinas, a implantação de sistemas de produção são, também, determinados por

outros fatores, tanto técnicos como econômicos políticos e sociais. Assim, o sistema de adaptação entre o homem e o trabalho deve possuir uma harmonia, uma compatibilidade para propiciar segurança, conforto e satisfação ao trabalhador; uma boa adaptação entre eles garante operações rápidas e precisas, reduz o risco de falhas nas operações e danos para a saúde dos trabalhadores de enfermagem, estabelecendo assim uma nítida relação entre saúde, segurança, conforto e satisfação ao trabalhador no desempenho de suas tarefas. O sofrimento do trabalhador resultante da pressão da organização do trabalho, cuja subjetividade do trabalho remete às doenças físicas, também é ético e moral, dada a contraposição de valorização do espaço profissional que ocupa [neste caso] a enfermagem. (Dejours, 1999).

2.10 RISCOS OCUPACIONAIS E INFECÇÕES HOSPITALARES

A atividade laboral em crescimento, as evoluções tecnológicas e a automação da indústria, a mão-de-obra excedente desses setores estão sendo absorvidas pelos demais setores: comércio, saúde, educação, escritórios, bancos, lazer e prestações de serviço em geral.

As atividades em hospitais modernos são complexas como as empresas industriais. Há diversos tipos de tecnologias e equipamentos que não podem parar, reposição de vários materiais, o envolvimento de diversos tipos de profissionais em turnos de trabalho contínuo, especialização de tratamentos e cuidados individuais a cada paciente e assim por diante. Com a evolução tecnológica e sofisticação nos

aparelhos e equipamentos no ambiente hospitalar, surge a necessidade de reorganizar o trabalho de enfermagem.

Como forma de atender e acompanhar as novas exigências no trabalho, a enfermagem vem buscando apreender a visão que se tem da ergonomia, bem como as finalidades a que ela atende. A busca de novos referenciais é, necessário para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem, bem como encontrar formas para reduzir ou minimizar os problemas à saúde dos trabalhadores de enfermagem, uma vez que os atuais modelos não conseguem suprir as lacunas existentes.

A Ergonomia é considerada interdisciplinar, um corpo de conhecimentos obtidos através de estudos empíricos e que pode proporcionar informações significativas para modificar as instalações, as máquinas, equipamentos e ferramentas, assim como a tecnologia para adaptar melhor o homem ao trabalho. É uma ciência que traz, sem dúvida, uma contribuição importante para a organização do trabalho da enfermagem. Para Erdmann & Benito (1995, p. 41),

A enfermagem, durante a sua história tem mostrado muitos esforços em construir um corpo de conhecimentos que lhe permita obter um referencial mais prático garantindo uma assistência de qualidade, isto não apenas em relação ao produto, mas também ao produtor de serviço ou seja, o enfermeiro, e neste processo de busca de referência a enfermagem tem seguido os mesmos caminhos que, no transcurso da história da humanidade, vêm percorrendo os demais campos do saber (...).

Os avanços tecnológicos na área de saúde, principalmente no ramo hospitalar, estão modificando a concepção dos trabalhadores de enfermagem. Analisando as condições de trabalho a que estão submetidos desde o início da nossa vida profissional, as péssimas condições de trabalho (jornadas inteiras em pé, ambientes mal ventilados, iluminação precária, manejo dos pacientes, entre outros), os riscos

ocupacionais a que estamos submetidos e que são inúmeros e freqüentemente reconhecidos pela instituição empregadora.

Conforme Bulhões (1976), as condições ou fatores existentes no ambiente de trabalho, capazes de causar danos à saúde são chamados por alguns autores de agentes e por outros de riscos ocupacionais. Com essa denominação, no entanto, a maioria dos autores refere-se aos riscos ocupacionais no ambiente onde são realizadas as atividades, desarticulando o trabalho do contexto social. A abordagem dada pela Organização de Saúde (OMS), não compartilha com os demais autores, pois consideram além dos riscos biológicos, físicos, químicos e mecânicos, os riscos psicossociais.

As categorias profissionais têm cada uma suas especificidades, reportando-as ao seu passado histórico, com bases na organização e conquistas incorporadas a Legislação e aos fatores nocivos envolvidos significativamente nas atividades de trabalho. Entendemos que as incompatibilidades colocadas no ambiente de trabalho da enfermagem possam ser superados com os conhecimentos produzidos pela prática da ergonomia.

No ambiente hospitalar observamos que a atuação da Ergonomia na enfermagem é necessário, e cuidar da saúde e segurança da enfermagem é um dever das instituições e um direito do trabalhador, uma vez necessário para continuarem obtendo condições de continuar trabalhando e exercendo sua função enquanto integrante da equipe de trabalhadores de enfermagem. Para Alexandre & Angerami (1993), os hospitais têm feito pouco em relação à saúde de seus trabalhadores e estão vagarosos no desenvolvimento de programas de saúde para seus empregados. Sendo assim, observamos que possivelmente os trabalhadores de enfermagem sejam uma das categorias mais negligenciadas com relação à sua

própria saúde, sem padrões de higiene, saúde e segurança para si próprios. De que forma, podem, portanto atender com segurança os seus pacientes? Conforme Alexandre & Angerami (1989) as condições dos locais de trabalho ocupado pelos trabalhadores de enfermagem são fatores que alteram as condições de saúde dos trabalhadores de enfermagem, e esses mesmos autores citam que a Organização Internacional do Trabalho, em 1960, publicou um estudo sobre os problemas relativos às condições de vida e de trabalho do pessoal de enfermagem, no qual analisa claramente questões relativas à remuneração, jornada de trabalho, proteção à saúde, segurança social e oportunidade de fazer carreira, entre outras. Esses podem ser fatores que justifique a carência de profissionais, tanto qualitativamente como quantitativamente. A carência de trabalhadores capacitados para realizarem atividades complexas sobrecarregando os que assumem esse trabalho gerando desgaste físico e mental.

Os elevados índices de doenças causadas pelas precárias condições saúde entre os trabalhadores de enfermagem não são geradas somente por esse fator, mas também pelo fato desses trabalhadores estarem em contato permanente com pacientes, visitantes, seus familiares, e rodízio de outros funcionários nos setores, facilitando as possíveis doenças infectos-contagiosas, como danos à saúde de sua própria atividade. Dessa forma, os acidentes desses trabalhadores têm um índice significativo ao ser comparado a outros trabalhadores, principalmente quando levado em consideração às doenças ocupacional.

Os trabalhadores de enfermagem desenvolvem diversas atividades e sua exposição a riscos sempre relevante e geralmente não observado, entre estes riscos podemos pautar os riscos biológicos, químicos, físicos, mecânicos e psicossociais.

Os riscos biológicos relevantes no contexto de trabalho diário dos trabalhadores de enfermagem são: doenças infecto-contagiosas, infecciosas, matérias contaminados por microrganismos patogênicos.

Os riscos químicos são desencadeados através da manipulação de substâncias utilizadas em esterilização e desinfecção, dos materiais, equipamentos, e mobiliários utilizados pelos pacientes, manipulação de diversos medicamentos.

Os riscos físicos são desencadeados através de temperatura ambiental, das radiações ionizantes e não ionizantes, dos ruídos de diversos equipamentos e a ventilação inadequada.

Os riscos mecânicos provam da longa jornada de trabalho em pé, transporte inadequado de carga como, por exemplo, os pacientes que exigem força muscular dos trabalhadores de enfermagem, transporte de equipamentos, manipulação de objetos cortantes e penetrantes.

Os riscos psicossociais são provenientes de jornadas de trabalho noturno, rodízios de turnos, fadigas e tensões dos ritmos acelerado de trabalho, repetições e fragmentações das atividades e tarefas dos trabalhadores de enfermagem, solicitações de plantões extras e inúmeros fatores poucos ainda estudados e descritos pelos autores, como a característica dos trabalhadores de enfermagem ser eminentemente feminina.

Os riscos ocupacionais que os trabalhadores de enfermagem estão expostos e pelas próprias condições em que esse trabalho se desenvolve, acomete a saúde de forma súbita ou lenta e progressiva. Entretanto, a aplicação da Ergonomia como uma ferramenta metodológica permitirá que a enfermagem realize atividades com objetivo de assistência com qualidade ao paciente e saúde ao trabalhador de enfermagem.

Independentemente, da forma de manifestação, os problemas de saúde relacionados com o trabalho são tratados pela legislação brasileira genericamente como acidente de trabalho. Nela, o acidente de trabalho é definido como aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho, conforme discute Brasil (1986). Define, assim, o acidente de trabalho um sentido amplo, que inclui as doenças relacionadas com o trabalho.

Segundo a definição legal, é considerado acidente de trabalho somente quando ocorre lesão. Nesse caso, a legislação tem um caráter reparador. Isto não acontece numa visão prevencionista. Nela, toda ocorrência não programada, previsível ou não, que interfere no andamento normal do trabalho e da qual resulte lesão corporal, perda de tempo e danos materiais, simultaneamente ou não, é considerado acidente de trabalho. Pela impossibilidade de se prever um acidente causará lesão, todas as possibilidades devem ser previstas.

Nas doenças típicas profissionais, a relação causa-efeito é antecipadamente presumida, e assim é considerada e reconhecida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social MPAS Brasil, (1986). Para as outras doenças que resultam das condições de trabalho, é necessário à comprovação da relação causa-efeito pelo acidentado, sendo que não são consideradas como acidente de trabalho pelo setor de seguridade social do Instituto Nacional de Previdência Social –INSS.

Segundo Jakubec (1983), os acidentes nos hospitais tem uma freqüência duas vezes maior do que na indústria. Os acidentes de trabalho que ocorrem nas organizações de saúde, contudo, não são consideradas relevantes. Prova disso é

que, até 1981, a própria Organização Mundial de Saúde não dispunha de dados nacionais ou internacionais sobre a incidência de acidentes nessas organizações.

Os acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores de enfermagem, considerada a natureza do serviço que esse trabalhador presta, acarreta em duplo ônus. É desencadeado pelo próprio acidente que recai sobre o trabalhador a sua família e a sociedade, e a outra é quando o trabalhador adoece deixa de ser um recurso no atendimento à saúde dos pacientes. Isso exige que a sociedade assuma as conseqüências dos ônus do trabalhador a sua ausência no atendimento dos indivíduos.

As condições típicas do trabalhador de enfermagem que determina os acidentes, o elevado número e gravidade de sua ocorrência, o ônus que esses acidentes acarretam ao trabalhador e a família, a organização e a sociedade, aos vários riscos a que estão expostos, os despreparos desses trabalhadores em preveni-los e o reconhecimento insuficiente dos tipos, causa e freqüência dos acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem, apontam para a necessidade de maiores estudos e a conscientização dos próprios profissionais de enfermagem para que o desafio seja enfrentado e superado para que as condições de saúde sejam melhores e esses tenham melhor qualidade de vida.

2.11 INFECÇÕES HOSPITALARES

Segundo Martins et al. (1998), as infecções hospitalares (IH) ou infecções nosocomiais (IN) [origem grega: *nosos* – doenças; *homeion* – tomar cuidado] são infecções adquiridas no hospital não manifestadas ou fora do período de incubação

no ato da admissão, a menos que estejam relacionadas à internação prévia no mesmo hospital.

De acordo com Couto et al. (1999), a história da medicina revela que a infecção hospitalar é tão antiga quanto à origem dos hospitais; a existência de infecções hospitalar remonta ao ano de 325 d.C., quando os bispos, reunidos no Concílio de Nicéia, decidiram construir, em cada catedral, um hospital, pois o cristianismo, na época, era considerado uma religião humanitária. Durante muito tempo os doentes foram tratados sem serem separados pela patologia que apresentavam; os pacientes que se encontravam em recuperação ficavam junto com pacientes terminais infectados; as doenças infecciosas disseminavam-se com rapidez entre todos os pacientes e, mesmo aqueles que não tinham as doenças, no momento de sua admissão, acabavam em óbito pela contaminação de cólera ou febre tifóide.

Nos hospitais, as condições sanitárias eram extremamente precárias, desde o abastecimento de água até a acomodação dos pacientes; essas instituições abrigavam os pacientes de baixa renda, os abastados eram tratados em casa, pois tinha mais conforto e menor risco de morrerem de infecção hospitalar. Os agentes de saúde, como eram chamados na Idade Média, já se preocupavam com assepsia, de forma rudimentar e precária, utilizavam o enxofre para evitar a propagação da peste bubônica.

No século XIX deu-se o início da implementação de cuidados para prevenir a propagação das doenças; os pacientes eram acomodados, de maneira formal, em isolamentos de algumas patologias, como varicela e outras. Mesmo assim, os estabelecimentos hospitalares eram sujos, lugares insalubres e horríveis. Alguns pacientes continuavam dividindo acomodações com outros, o que ocasionava a propagação rápida das infecções de um paciente para outro. Oliver Wendell Holmes,

Ignaz Philipp Semmelweis, Florence Nightingale, Louis Pasteur e Joseph Lister são considerados líderes revolucionários na batalha das infecções hospitalares, durante meados do século XIX, de acordo com Pelczar et al. (1993).

Em 1856, a enfermeira Florence Nightingale padronizou os procedimentos de cuidados de enfermagem e, principalmente, as questões de higiene e limpeza no hospital. Mas somente em 1863 é que ela registrou uma série de cuidados e estratégias relacionadas ao paciente e ao meio, com o objetivo de reduzir o risco de infecções hospitalares. Com as experiências adquiridas na Guerra de Criméia, em hospitais militares, é que Florence Nightingale constituiu os princípios de seu conhecimento. No início do século XX, os princípios de assepsia foram revelados e disseminados rapidamente pelos institutos de saúde, onde se acreditava que tudo que vai tocar ao campo cirúrgico seja estéril, e rapidamente começou-se a usar luvas, capotes, gorros, máscaras e instrumentos e materiais cirúrgicos estéreis.

Na década de 1940, com a utilização dos antimicrobianos, as infecções hospitalares pareciam estar sanadas, mas em 1950, os Estados Unidos sofreram com uma pandemia de estafilococos resistentes aos antimicrobianos da época; então, em 1963, foi recomendada a instalação de sistemas de vigilância em cada hospital. Em 1968, a American Hospital Association (AHA) publicou e distribuiu um manual, com a finalidade de informar aos interessados em Controle de Infecções Hospitalares e, nesse mesmo ano, o Centro de Controle de Doenças (CDC) formou as primeiras enfermeiras para atuarem no controle de infecções hospitalares. Nessa mesma década, o CDC propôs a criação de um estudo multicêntrico, o NNIS (National Nosocomial Infections Study ou Estudo Nacional das Infecções Hospitalares), com o objetivo de avaliar a magnitude do problema nos Estados Unidos.

A importância da enfermagem na prevenção e no controle das infecções hospitalares é defendida desde a década de 50, mas foi só a partir de 1963 que o seu papel na vigilância epidemiológica e na educação em serviço tornou-se mais evidente. Na década de 80, o CDC recomendou um enfermeiro em tempo integral para cada 250 leitos, para atuar no controle de infecções.

No Brasil, essa medida só foi assumida pelo Estado em 1983, com a portaria 196, que tornou obrigatória a implantação de comissões de controle de infecções hospitalares em todos os hospitais; atualmente, está em vigor a portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998, com determinações rígidas para que as instituições hospitalares mantenham suas diretrizes para controle das infecções hospitalares.

Florence Nightingale, ao normatizar os cuidados de enfermagem juntamente com práticas de higiene, atuou diretamente na redução das taxas de mortalidade e de infecções nos pacientes; sua preocupação com as medidas de saneamento, de higiene e de limpeza do ambiente hospitalar e do próprio paciente contribuiu, indiretamente, para demonstrar que existe uma variedade de caminhos nos quais microorganismos podem ser carregados de pacientes para pacientes e profissionais de saúde.

Nightingale, em 1953, confirmou que não somente as mãos, mas também as roupas, o alimento, a água, o ar, os utensílios de copa e cozinha e demais objetos de uso hospitalar, além do próprio ambiente hospitalar, eram veículo de transmissão da infecção hospitalar (contato direto). Estudos realizados posteriormente demonstram que bactérias patogênicas estão presentes em todos os objetos do ambiente hospitalar. Os resultados obtidos relatam que, possivelmente, estes objetos do ambiente hospitalar podem ser os principais reservatórios de microorganismos causadores da infecção hospitalar Mc Gowan (1982).

Com o passar dos anos, a sociedade científica mundial relata que a infecção hospitalar é problema de Saúde Pública. Estudos atuais confirmam que Nightingale estava correta em suas teorias de higienização, pois os avanços científicos e tecnológicos são de suma importância para diagnóstico terapêutico do paciente hospitalizado, mas que traz consigo o aumento das infecções hospitalares, à medida que são introduzidos, ficando a relação estabelecida que muitos são os fatores de risco relativos à hospitalização e que predisõem o paciente a adquirir infecções hospitalares.

De acordo com essas abordagens, o controle de infecções hospitalares requer um cuidado especial de todos os profissionais de saúde, pois a infecção hospitalar está diretamente relacionada a microorganismos potencialmente patogênicos, bactérias ou vírus, e é necessário que todos os trabalhadores de enfermagem observem o paciente como um todo e não o fragmentado, para sua assistência; sua responsabilidade frente à atual situação, em relação com o contato direto junto ao paciente exige competência e técnica atualizada, para recuperar a saúde do paciente.

Nesse contexto, todos os trabalhadores de enfermagem, na assistência hospitalar, têm que estabelecer a relação entre sua prática diária de higiene com pacientes, priorizando a higienização do couro cabeludo dos pacientes, sempre que necessário, pois o couro cabeludo abriga microorganismos patogênicos, podendo ser disseminado pela falta de higienização pelo trabalhador de enfermagem aos demais pacientes, bem como o próprio paciente se contaminar e permanecer na convalescença.

Estudos atuais confirmam a importância da lavagem das mãos e, apesar dessas relevâncias, os cuidados com os pacientes continuam precários. A permanência

hospitalar prolongada e as enfermarias superlotadas, fazendo com que nos deparemos com cenas e cuidados desumanos, onde pacientes transitam e permanecem nas instituições hospitalares sem receberem uma correta higienização, por estar minimizando-se os riscos de adquirirem infecções hospitalares.

2.12 EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Segundo Fernandes (2000), a epidemiologia é uma especialidade da Saúde Coletiva que estuda a distribuição das doenças e agravos à saúde nas populações, e seus determinantes. O conhecimento da ocorrência e dos determinantes das doenças e agravos à saúde objetivo ação para prevenção.

Atribui-se a Hipócrates a primeira citação da palavra epidemion, para distinguir doenças que “visitam”, episódicas, daquelas endemion, que “residem” ou permanecem em uma população ou local Couto et al. (1999). A raiz da palavra Epidemiologia é epidemia, que significa, segundo Van Demark & Batzing (1987), um pico na incidência natural de uma doença ou a ocorrência de uma doença não comum em determinada população. Entretanto, observou Liliensfeld (1978), a epidemiologia é mais que o estudo de alguma coisa. Epidemiologia é um método de raciocínio acerca da doença que atua com inferências biológicas derivadas de observação dos fenômenos das doenças em grupos de população.

A epidemiologia é parte integrante para a obtenção de resultados no controle de infecções hospitalares, sendo as infecções hospitalares ou doenças infecciosas adquiridas no hospital uma doença moderna que exige uma observação epidemiológica aplicada diretamente na assistência prestada ao paciente. Espera-se de uma assistência hospitalar, cuidado prestados pelos trabalhadores de

enfermagem, qualidade e maximização do bem-estar do indivíduo, considerando os riscos e benefícios referentes ao processo assistencial em todas as suas dimensões. Infecções hospitalares podem ser classificadas em uma de duas categorias, dependendo da fonte de infecção: infecções exógenas, infecções causadas por fontes externas, tal como o ambiente; infecções endógenas, infecções causadas pela flora microbiana que fazem parte da flora normal da própria pessoa que sofre a infecção Pelczar et al. (1993).

Embora saibamos que ambas as infecções hospitalares são importantes, pois o ambiente hospitalar, trabalhadores de enfermagem e os pacientes andam juntos. Estudos comprovam que as infecções hospitalares são, na maioria, provenientes de fonte endógena, causada por bactérias encontradas na pele e mucosas, tal como “*Staphylococcus aureus*”, bem como outras áreas de hospedeiro do corpo humano sadio, como demonstra o quadro abaixo.

QUADRO 2.3 – Principais microorganismos da flora normal do corpo humano

PELE	VAGINA
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	Anaeróbios Gram-negativos (<i>Bacteroides</i> , <i>Veillonella</i>)
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Streptococcus anaeróbios</i> (<i>Peptococcus</i>)
Difteróides (<i>Corynebacterium sp</i>)	<i>Streptococcus aeróbios</i> dos grupos B e D
<i>Propionibacterium</i>	<i>Streptococcus aeróbios</i> dos grupos B e D
<i>Bacillus sp</i>	<i>Lactobacillus</i> (Bacilo de Döderlein)
Fungos do gênero <i>Pityrosporum</i>	Olhos
Orofaringe	<i>Staphylococcus epidermidis</i>
<i>Streptococcus anaeróbicos</i>	<i>Haemophilus aureus</i>
<i>Streptococcus aeróbicos</i> (não do grupo A)	Difteróides
Espiroquetas anaeróbicas	Nariz

PELE	VAGINA
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Difteróides</i>
<i>Lactobacillus</i>	<i>Staphylococcus epidermidis</i>
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Estreptococos aeróbicos (não do grupo A)</i>
<i>Moraxella catarrhalis</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> (20 a 80% da população adulta)
<i>Bacteroides, Veillonella</i>	<i>Haemophilus sp</i>
<i>Neisseria não-patogênica</i>	<i>Escarro</i>
Fungos do gênero <i>Cândida sp</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
Cólon (95% são anaeróbios)	<i>Haemophilus influenzae</i>
Cocos anaeróbios Gram-positivos (<i>Peptococcus</i> e <i>Peptostreptococcus</i>)	<i>Difteróides</i>
Bastonetes anaeróbios Gram-positivos (<i>Clostridium</i> todas as espécies)	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Anaeróbios Gram-negativos (<i>Bacteróides</i> e <i>Fusobacterium</i>)	<i>Enterobacteriaceas, Candida sp</i>
<i>Enterobacteriáceas</i> (todas as espécies)	
<i>Lactobacillus</i>	
<i>Enterococcus sp</i>	

Fonte: Oliveira, 1998.

Sendo que a flora normal se refere à população de microorganismos que colonizam as superfícies cutâneas mucosas de indivíduos saudáveis Oliveira et al. (1998). A transmissão de microorganismos infectantes de um hospedeiro para outro, e a subsequente infecção do novo hospedeiro pode ocorrer por vários modos pelos trabalhadores de enfermagem, conforme os estudos recentes demonstram, mas a falta de higienização do couro cabeludo nos pacientes e o manuseio constante pelos trabalhadores de enfermagem e demais membros da equipe de saúde podem estar colaborando para os índices de infecções hospitalares.

2.13 SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM

O momento de progresso científico e tecnológico que caracteriza a sociedade e mundo atual propõe à raça humana condição de conforto e bem-estar jamais sonhados no passado, mas em compensação, grandes são os danos à saúde, pois diminui significativamente a capacidade física do homem.

O progresso criou inúmeras substâncias químicas que agredem o homem e seu ambiente, dando oportunidade para o surgimento de doenças profissionais, agravando as condições de trabalho e bem-estar social do homem e, conseqüentemente, da própria comunidade.

O conjunto de trabalho e vida dos trabalhadores tem sido objeto de vários estudos para que se possa compreender como as várias formas de organização do trabalho agem sobre o pensar e o sentir dos trabalhadores, revelando sofrimento, angústia, medo e infelicidade. Esses estudos têm avançado no plano de sua concretização de modo que ultrapassam os limites do “binômio trabalho-saúde mental para o campo da psicopatologia do trabalho” Dejours, (1988).

Esta análise corresponde à aceitação da revolução que as condições de trabalho vem sofrendo com o advento científico e tecnológico, tanto em nível acadêmico como em níveis da organização dos trabalhadores, em construir conhecimento humano, que aproxime as reais condições de trabalho para a sobrevivência do homem na sociedade atual.

Desse modo, o trabalho também proporciona satisfação e prazer, entretanto, se o trabalho é mantido num sistema rígido, autoritário e degradante, excluindo a única coisa de valiosa que sobrou junto ao trabalhador (sua força de trabalho) no elo das relações de produção, fatalmente o trabalho será negado em seu significado, salvo

pela abordagem de sobrevivência. Segundo Dejours (1997), a predisposição individual é um fator importante para compreendermos porque algumas pessoas são mais suscetíveis ao sofrimento diante das relações de trabalho (produção). Exemplo: as mulheres são mais comprometidas que os homens, isto porque, além da dupla jornada de trabalho, a elas são reveladas as tarefas minuciosas que exigem habilidades manuais, movimentos delicados e repetitivos.

A amplitude desses fenômenos tem apresentado uma variedade de doenças para os trabalhadores de enfermagem originados pelos seus diversos tipos de cargas de trabalho, tais como problemas somáticos e psicossomáticos, psíquico, distúrbios músculo-esqueléticos e outros. Desta forma, compreende a importância desses problemas confirma a necessidade de analisar globalmente a carga de trabalho e os danos à saúde, junto aos trabalhadores de enfermagem e demais especialidades das relações humanas, definindo o homem como centro de atuação neste processo. O trabalho de enfermagem é uma especialidade destinada ao cuidado daqueles que trabalham, ou seja, preocupam-se com a saúde dos trabalhadores. Seu objetivo volta-se para todas as categorias de trabalhadores e os diversos setores de ocupação, em qualquer situação de trabalho.

2.14 BIÓÉTICA E BIOSEGURANÇA

Em 1971, o oncologista americano Van Renselaer Potter, ao publicar seu livro *Bioética: a Ponte para o Futuro* usou, pela primeira vez e de forma convincente, o termo “bioética”, expressão que passou a ser reconhecida internacionalmente.

A palavra bioética significa a ética da vida. É o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida que esta conduta é examinada à luz dos valores e dos princípios morais Clotet (1993).

O trabalho de enfermagem se institucionalizou enquanto profissão no século XVIII, com surgimento do capitalismo, e os hospitais passaram a ser locais de atendimento as pessoas provenientes da comunidade, com finalidade de recuperar sua saúde. E deste esse momento ela está vinculada ao saber médico, com preparo técnico próprio para seu desempenho, principalmente nas atividades manuais. A adequação de sua prática ocorre na medida em que ela se separa dos leigos e religiosos e assume as funções e atividades técnicas para com seus pacientes com objetivos de prevenir e recuperar seu estado de saúde respeitando os valores morais de cada indivíduo.

Para David Roy, citado por Pessini (1989), bioética é o mecanismo de coordenação e instrumento de reflexão para orientar o saber biomédico e tecnológico, em função de uma proteção cada vez mais responsável pela vida humana. Como o ser humano reflete sobre a realidade, tomando-a e fazendo objeto dos seus conhecimentos, ele reflete sobre sua realidade, tornando-o consciente e comprometido com o outro quando presta assistência para que sua saúde seja restabelecido, Segundo Lepargneur (1987), bioética é um exame crítico das dimensões morais do processo de decisões no contexto de saúde e em contextos que envolvam ciências biológicas. Para Garrafa (1994), a bioética, vista como um conhecimento novo, gerou e gera grandes discussões com relação à definição dos seus limites teóricos, objetivos e linha de trabalho. Entendemos que é no processo de trabalho que refletimos sobre nossas próprias ações, e que nos colocamos no lugar do outro para prestar a

atenção no que o outro pode nos revelar de nos mesmos, propiciando-nos maneira e caminhos para interagir com os outros de forma segura e respeitosa.

Os acontecimentos históricos e a evolução das tecnologias do mercado geram modificações nas relações de trabalho e é decisivo para o surgimento e o desenvolvimento da saúde ocupacional. Para Fernandes (2000), biossegurança corresponde ao conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde em atividade de risco de aquisição de doenças profissionais, os trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar estão potencialmente expostos a uma diversidade de doenças infecto-contagiosas, podendo, por sua vez, ser a fonte de transmissão de microorganismos para os pacientes e para outros profissionais.

A prevenção e o controle das infecções nosocomiais ocupacionais requerem uma abordagem ampla com políticas bem-definidas e fundamentadas nas características da instituição hospitalar e na legislação em vigor, na medicina, higiene e a segurança do trabalho, pois somente após o surgimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da AIDS e que o contexto hospitalar passou a ser evidenciado e preocupar-se com a biossegurança para seus trabalhadores.

Considerando que o tema biossegurança requer a preocupação de modo seguro e eficaz na prevenção de riscos ocupacionais e acidentes de trabalho dentro do ambiente hospitalar. Ocorrendo uma forma de prevenir infecções hospitalares, e deveriam ser adotadas por todos os profissionais da saúde durante o atendimento de qualquer paciente, independentes de sua patologia, pois qualquer pessoa pode ser potencialmente portadora de doenças infecto-contagiosas.

Nos trabalhadores de enfermagem, o risco ocupacional pode estar relacionado ao manuseio de pacientes, materiais, produtos químicos ou equipamentos, que pode ser os causadores de acidentes de trabalho que irá refletir em sua vida pessoal e profissional.

2.15 DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)

Um termo utilizado para designar lesões por esforços repetitivos é DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e, recentemente, STC (Síndrome de Traumas Cumulativos). Este termo é usado para nomear as lesões que ocorrem por esforços decorrentes de repetição de movimentos, caracterizadas por dor crônica, acompanhada ou não de alterações objetivas.

Grandejan (1998), discorre que as cargas físicas suportadas pelo homem durante seu trabalho, podem contribuir de forma significativa para o aparecimento de afecções do sistema músculo-esquelético, particularmente naqueles tipos de afecções denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), que tem acometido grande parte dos trabalhadores no mundo. Os mecanismos de lesões de LER, ou DORT são variados, em geral ocorre um acúmulo de situações influenciáveis que ultrapassam a capacidade de adaptação de um tecido, mesmo se o funcionamento fisiológico do mesmo é mantido parcialmente. Saúde: LER/DORT, (1999).

Ao longo do processo histórico de transformação da humanidade o homem busca meios para melhorar sua atividade laboral. Os novos instrumentos criados permitem

o progresso tecnológico melhorando a condição de vida dos homens em geral. Por outro lado esse mesmo progresso produz desgaste da saúde e adoecimento profissional, dependendo do tipo de ocupação.

O trabalho humano, por sua vez, antes individualizado e estruturado num todo, passou, gradativamente, a ser executado de maneira coletiva e parcelada, à medida que os avanços foram ocorrendo. O trabalho na enfermagem é fragmentado onde os trabalhadores desenvolvem inúmeras atividades que exige posturas inadequadas, em cada uma dessas posturas estão envolvidos esforços musculares para manter a posição relativa de partes do corpo.

Lida (1997) nos reporta ao trabalho dinâmico como sendo aquele que permite contrações e relaxamentos alternados dos músculos. Não sendo possível, poderá ser aliviado, através de mudanças de posturas, melhorando os equipamentos utilizados ou providenciando apoios para partes do corpo com objetivo de reduzir as contrações estáticas dos músculos, para permitir relaxamento muscular e alívio da fadiga.

Comenta, ainda, o mesmo autor que a posição parada e em pé é altamente fatigante por exigir muito trabalho estático da musculatura envolvida para manter essas posição. O coração encontra maiores resistências para bombear sangue para as extremidades do corpo. Os trabalhadores de enfermagem executam suas atividades em sua grande maioria com trabalhos dinâmicos e em pé, o uso repetitivo de movimentos, força em determinados grupos musculares, ocasionando transtornos físicos que vão desde as parestesias, limitação da amplitude de movimentos, fraqueza muscular e incapacidade total ou parcial das atividades de vida diária e laborais.

2.16 SAÚDE, AUTO IMAGEM E CONFORTO PSICOLÓGICO

2.16.1 Estresse

Define Oliveira (1996) o estresse como “qualquer acontecimento que advenha do ambiente interno ou externo e que ultrapasse os limites de adaptação ou confundem”.

Segundo Brunner & Suddarth (1993), o estresse é um estado produzido por uma alteração no meio ambiente que é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio dinâmico da pessoa. A mudança que provoca esse estado é o agressor.

O setor de trabalho UTI, no contexto hospitalar, não é tranquilo, pois ocorre agitação de pessoal, equipamentos barulhentos, luzes, emergências e muitos fatores que acarretam estresse aos trabalhadores de enfermagem e junto a esses fatores estão os que os trabalhadores trazem consigo e abalam emocionalmente, prejudicando a assistência prestada pelos trabalhadores de enfermagem.

Para Lida (1997), existem muitas causas de estresse no trabalho, o qual pode-se tornar mais acentuado, quando existirem outros fatores relacionados ao cotidiano, sem especificamente estarem ligados somente ao trabalho. Podemos perceber que as adaptações podem se tornar mais difíceis, ou serem encaradas como tal, por interferências tanto ocupacionais, sociais, ou ainda domésticas. Deste modo, podemos relacionar como agente estressores, quaisquer atividades que os trabalhadores de enfermagem tenham que enfrentar e/ou adaptar-se. Dessa forma, o setor de uma Unidade de Terapia Intensiva é tido como pesado, agressivo por si

só, pois os trabalhadores de enfermagem se deparam com inúmeras situações; sobrecarga de atividades, tanto física como mental dificuldade de relacionamento entre membros da equipe multidisciplinar, baixa remuneração, insatisfação pessoal, conflitos de funções, dupla jornada de trabalho, inúmeras informações que necessitam codificar para atuarem de maneira eficiente, rapidez e agilidade no atendimento, paradigma vida e morte.

No entanto, torna-se evidente as várias situações que estão ligadas diretamente ao trabalho dos “trabalhadores de enfermagem”, ocasionando várias alterações fisiológicas e/ou psicológicas, diminuindo a qualidade de vida desse trabalhador. Situações que podem ser evidenciadas em uma situação de estresse; dentre elas, podemos demarcar: aumento de frequência cardíaca, da respiração e da pressão arterial; aumento dos glóbulos vermelhos; aumento do transporte de oxigênio; liberação de glicose pelo fígado, acarretando mais energia; aumento da circulação em áreas mais necessárias como músculos e cérebro; dilatação pupilar, na tentativa de aumentar a eficiência visual, dentre outros. Tais reações são desencadeadas por descarga adrenérgicas da medula – supra-renal e de noradrenalina em fibras pós-ganglionares da medula da glândula supra-renal e de noradrenalina em fibras pós-ganglionares do sistema nervoso autônomo simpático. Paralelamente é acionado o eixo hipotálamo – hipófise – supra-renal que desencadeia respostas mais lentas e prolongadas e que desempenha um papel crucial na adaptação do organismo ao estresse a que está sendo submetido Guyton (1997).

Os confrontos emocionais rotineiramente, de lidar com a vida e a morte simultaneamente, causam estresse físico e emocional.

Ao auxiliar o paciente em sua higiene, os trabalhadores de enfermagem devem lembrar que os hábitos de higiene são influenciados por vários fatores, como cita Potter (1996), alguns fatores que acometem as medidas de higiene de cada pessoa, a auto-imagem e a maneira de como eles estão se sentindo; jamais deve ser reprimido em sua higienização, e sim, ajudado; os níveis socioeconômicos influenciam nos recursos para manter essa higiene; conhecimento do que é a higiene e como traz benefícios à sua saúde; variáveis culturais enraizadas tornam a higiene difícil de ser mantida; preferências pessoais que devem ser respeitadas, assim como fiscalizadas.

O banho do paciente deve conter a avaliação da apresentação do cabelo, e a higienização do cabelo, pois é um cuidado indispensável no ambiente hospitalar; os cuidados dispensados ao cabelo do paciente são importantes, tanto para sua aparência pessoal e sensação de bem-estar, manutenção da auto-imagem, como para reduzir microorganismos que possam comprometer a saúde do paciente, lembrando que ele se encontra hospitalizado e que sua flora de microbióta está alterada.

Os cuidados apropriados com o cabelo são importantes para a aparência pessoal do paciente; escovar, pentear e lavar são medidas básicas de higiene para todos os pacientes, sendo que é necessário neste contexto social, o aprimoramento da técnica de higiene do couro cabeludo para poder estar sanado as dificuldades dos trabalhadores de enfermagem e contribuindo para a satisfação do paciente, pois os bons hábitos de cuidado com os cabelos devem ser feitos de modo rotineiro, lembrando que o paciente está ciente de sua aparência o tempo todo.

De acordo com Mussi et al. (1995), ao prestar cuidados de higiene do couro cabeludo aos pacientes os trabalhadores de enfermagem planejam cuidados

específicos, a fim de prevenir lesões e infestações, estimulando a circulação e promovendo a redução de microorganismos, auto-imagem e o conforto do paciente. O conforto pressupõe que a pessoa mantenha suas funções equilibradas em um nível satisfatório, envolvendo o estado físico, psíquico e espiritual.

As causas do desconforto espiritual podem estar relacionadas ao medo da morte, a restrição de suas atividades religiosas, bem como se sentir sozinho.

No que se refere ao desconforto psicológico, as autoras acima citadas elegem como possíveis causas à saúde da família, a solidão, exposição indevida do corpo, medo da dor, da morte, preocupação financeira, restrição à liberdade, mudança repentina de ambiente e hábitos, falta de atenção dos trabalhadores de enfermagem, medo da sua não reabilitação, timidez para expor suas necessidades, desconhecimento do tratamento e prognóstico de sua patologia, falta de respeito à sua identidade e individualidade.

2.16.2. A importância do cabelo na imagem pessoal

Segundo Dawber (1996), a importância dos cabelos, em muitos rituais e em variedade de povos primitivos, há muito tem sido reconhecida na literatura antropológica e psiquiátrica e se associa com o conceito de poder, de força e de atração física. No ser humano moderno o cabelo não possui praticamente nenhum outro significado senão o de um símbolo sexual, tendo sido afirmado que não existe nenhuma pessoa normal sem algum fetichismo de cabelo. Os indivíduos com alopecia podem afirmar que prefeririam não ter um braço ou uma perna do que

menos cabelo na cabeça. Até mesmo mínimo pêlo facial em uma mulher pode causar grande angústia.

Esses sintomas não são baseados em valores para a realidade, mas como todos os fatores que estão relacionados com o cabelo, eles tem um significado notório com a auto-estima dos indivíduos.

Os psicanalistas acreditam que a preocupação normal com o cabelo rarefazendo-se, caindo ou grisalhando, era um deslocamento da ansiedade de castração e que raspar a cabeça era castração simbólica, mas em algumas sociedades e religiões raspar a cabeça associa-se com celibato ou castidade, tal como, em menor extensão, cobrir o cabelo, na sociedade Muçulmanas e Judia Ortodoxa. O véu do casamento cristão representa similarmente modéstia e castidade.

O que se pode observar atualmente é que, mudar o estilo do penteado, também é um indicador de mudanças no contexto social.

A relação dos cabelos com a atratividade sexual é clara a partir mesmo do mais superficial exame das artes visuais, livros e da produção da indústria da publicidade.

O clichê da glória de uma mulher exemplifica a atitude e o sofrimento com a perda do cabelo e da atratividade sexual, que são bem descritos e ilustrados no livro de auto-ajuda

Esta carga de simbolismo pertinente ao cabelo da cabeça é superada pela perda dos pêlos do corpo, cuja presença e representação são cercadas de tabu. Na cultura dos valores franceses, uma palavra específica foi criada para denominar os cabelos que não seriam olhados ou comentados em público: “polis” (pêlos); os cabelos da cabeça, em contraste, possuíam apreciação social e falar sobre eles era aceitável, de modo que eles eram especificamente chamados “cheveux”. As pinturas clássicas dos séculos XV a XIX não mostram nenhum pêlo corporal nos nus femininos. Esta

omissão levou o crítico de arte e historiador John Ruskin a considerar sua mulher anormal em virtude de seus pêlos corporais, que impediam a consumação do seu casamento e resultaram na sua anulação. O pêlo púbico é, muitas vezes, considerado um assunto proibido e pode ser um objeto de fetichismo. O pêlo axilar tende mais a ser considerado normal, aceitável ou, até mesmo, atraente, na Europa Continental, mas é encarado como abominável nas mulheres ou, às vezes, um sinal de feminismo feroz, no Reino Unido e nos Estados Unidos.

Pilosidade na cabeça, face e corpo dos homens são, muitas vezes, tidos como equivalente à barbárie, violência e estupro. Não pode haver nenhuma dúvida de que algumas doenças dos cabelos dão origem a ansiedades mais profundas do que a sua gravidade objetiva parece justificar. Isto pode refletir o significado simbólico do cabelo.

2.16.3. A ação psicossomática do cabelo na imagem corporal

Afirma Dawber (1996), cerca de uns 30 anos atrás, que o conceito de não-doença foi cunhado e foi salientado que a ausência de sinais e sintomas diagnosticados não implicaria necessariamente uma ausência de sintomas importantes. Nos pacientes estudados, os sintomas são limitados ao couro cabeludo, face e períneo, a maioria dos indivíduos afetada são mulheres adultas. Os sintomas do couro cabeludo são mais comuns em mulheres, principalmente de perda excessiva de cabelo; uma minoria também tem irritação e queimação. Nenhum destes pacientes tem sinais objetivos de perda de cabelos e eles estão sofrendo do delírio da dismorfobia.

Há sinais evidentes nesses pacientes de depressão, sendo que, algumas mulheres preocupam-se com pêlos faciais excessivos, que não estão presentes na realidade. Os presentes autores viam pacientes semelhantes, cuja principal queixa do couro cabeludo, à parte da perda de cabelos, era extrema dor à palpação. Em todas estas pacientes, os sinais, se houverem, são tão leves a ponto de parecerem banais até mesmo ao mais simpático observador. Porém os pacientes persistem nos sintomas.

A eliminação por focos de cabelos pode ocorrer em pacientes sob estresse muito grave, mas alopecia difusa não deve ser levemente atribuída aos pequenos estresses que podem ser obtidos na história da maioria dos indivíduos. A eliminação do cabelo, começando uns três ou quatro meses após um grande episódio estressante bem definido pode, no entanto, ser potencialmente reversível, do mesmo modo que a alopecia pós-parto ou pós-febril. Isto pode ser devido ao próprio estresse ou a anorexia profunda e conseqüente perda de peso que, muitas vezes, ocorre com uma grande crise ou estresse na vida.

Porém, o estresse crônico ou agudo severo pode, ocasionalmente, induzir a síndrome androgênica, a não ser que investigação precoce e tratamento sejam empreendidos, alterações cutâneas que não são facilmente revertidos, ou são irreversíveis, podem ser produzidas. A evidência de um círculo vicioso autoperpetuante pode tornar-se estabelecido ainda não foi provada bioquimicamente, mas a experiência clínica sugere que ele pode ocorrer e que pode, na verdade, ser uma ocorrência comum.

2.16.4 A influência das crenças na auto-imagem

O cabelo possui dois significados simbólicos percebidos em um contexto religioso. Cabelo raspado ou cortado é um símbolo de celibato e castidade. Monges e freiras budistas e cristãos têm cabeça raspada, do mesmo modo que os sacerdotes e viúvas indianas. O sacrifício e o oferecimento do cabelo aos deuses era amplamente difundido em muitas religiões antigas, em cumprimento de promessas ou em lugar de sacrifício humano. A prática continua hoje. O templo de Tirupati, no sul da Índia, é um afamado lugar de peregrinação para essas oferendas, o que também se diz que contribui para as rendas do templo.

Em contraste, o cabelo emaranhado, não cortado, segundo Dawber (1996), é visto como um afastamento das preocupações mundanas nos indivíduos sadios. Algumas vezes, cabelos longos são uma exigência religiosa, como na religião entre os rastafarianos, embora em ambos os grupos agora também se tenham tornado um símbolo de identidade, bem como um princípio religioso.

De acordo com Dawber (1996), muitos povos praticam o ato de cortar ou raspar os cabelos como punição. Os ainus, da ilha de Hocaído, no norte do Japão, têm uma reputação de há muito estabelecida de hirsutismo. Eles são, de fato, um tronco proto-caucásico que não é mais hirsutismo do que muitos outros caucásicos, embora muito pilosos em contraste com seus vizinhos japoneses. Entre os ainus se dá grande ênfase em possuir uma barba muito cheia e cabelos abundantes na cabeça, sendo o corte forçado dos cabelos encarado como uma punição, associado com a perda da honra. O cabelo das mulheres era cortado como punição pelo adultério; a

mesma punição foi usada na Europa depois da II Guerra Mundial nas mulheres que se tinham associado a soldados dos exércitos de ocupação.

A importância posta nos cabelos curtos pelas forças armadas de muitos países reforça a associação popular entre cabelos curtos e autoridade e disciplina. Em contraposição, as tropas japonesas impuseram o uso de cabelos longos aos homens chineses, para que eles parecessem mulheres, o que era considerado injurioso.

A importância do cabelo como componente da imagem corporal foi mencionada, e vastas quantidades de dinheiro são gastas em fazer penteados. O comprimento, a cor e o estilo no qual ele é usado tem que obedecer a estereótipo aceito. Algum conhecimento da pesquisa recente sobre esses estereótipos é útil para aumentar a compreensão de dermatologistas a respeito de alguns dos seus ou suas pacientes que parecem estar tentando exigir dos seus cabelos qualidades com as quais a natureza não lhe forneceu.

Os cabelos longos, nos EUA, são descritos como um reflexo de atitudes de grupos culturalmente definidos, em vez de sentimentos pessoais de identidade sexual. A observação de alguns investigadores de estudantes homens classificados como desviantes em comprimento dos cabelos não foi inesperada; dos desviantes com cabelos atingindo abaixo dos seus ombros, atribuíram mais valor à independência e menos valor ao reconhecimento e conformidade do que os estudantes não desviantes Dawber (1996).

Os estereótipos aceitos entre os estudantes revelam variar de uma universidade para outra até mesmo durante o período, sendo influenciados pelo conservadorismo ou liberalismo da comunidade no qual a universidade está sediada. Cabelos longos foram vistos como um protesto, mas o número cada vez maior de cabeleiras para

homens jovens parece indicar que muitos deles necessitam um recurso artificial para ganhar ou reter uma auto-estima desejada.

Nos anos 80, cabelo curto era, muitas vezes, um distintivo de desafio, por exemplo, o estilo rastafariano. Cabelos curtos também podem ser um símbolo de desafio, como os skin-heads e punks. A paixão, nos anos 20, pelo “bob” era vista como tal pelos pais e figuras de autoridades.

Como no caso dos outros estereótipos, aqueles que dizem respeito à cor do cabelo aplicam-se às comunidades estudadas e ao período de estudo. Apesar de tudo, elas lançam luz considerável sobre conceitos e preconceitos profundamente arraigados.

Cabelo amarelo ou peruca amarela era a marca registrada de uma prostituta na antiga Roma. Cabelo louro é associado tanto com inocência, como acontece nos contos de fadas, quanto, contrariamente, com tentação sexual, como exemplificado por Marilyn Monroe e outros deuses do cinema. Cabelo escuro tem conotações de noite e mistério e é essencial a Vamp. Pesquisas na Europa continental revelam que cabelo vermelho foi associado com a idéia de ser menos sério.

3 METODOLOGIA

O método é um instrumento da pesquisa que nos permite demonstrar, adquirir ou verificar conhecimentos, permitindo traçar e definir os objetivos para ser alcançados.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de tipo exploratório-descritivo, estruturado a partir de uma investigação quantitativo de desenho transversal e não probabilístico em razão da intencionalidade da escolha da população.

Segundo Lakatos & Marconi (1999), a técnica de escolha intencional tem como principal limitação à impossibilidade de generalização dos resultados do inquérito à população, já que ela tem validade dentro de um contexto específico.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

O presente estudo foi desenvolvido em dois hospitais do município de Cascavel, Oeste do Paraná. O primeiro, de caráter público é caracterizado por ser um hospital universitário (HU), referência para o atendimento de pacientes graves dos municípios integrantes da 10^a. Regional de Saúde do estado do Paraná. O segundo, caracteriza-se por ser um hospital particular.

O Hospital Universitário, fundado em 1977 como Hospital Regional, passou a caráter universitário em 2001. Atualmente dispõe de 300 leitos, dos quais 135 ativos. Seu quadro funcional possui 560 profissionais de enfermagem distribuídos nas diferentes unidades. Os leitos ativos são divididos nos seguintes setores: internamento clínico e de maternidade com alojamento conjunto, pediatria, centro de terapia intensiva adulto e infantil, centro obstétrico, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e pronto socorro. O centro de terapia intensiva adulta desta instituição possui nove leitos de internação, dispondo de vinte e sete trabalhadores de enfermagem, com uma média de internação de 24 pacientes/mês.

O segundo hospital campo da pesquisa, fundado em 1958, possui 102 leitos e 74 funcionários de enfermagem em seu quadro funcional. Seus setores de atendimento se dividem em centro de terapia intensiva adulta, centro obstétrico, centro cirúrgico, sala de recuperação, maternidade e pronto socorro. O centro de terapia intensiva dispõe de sete leitos, onde 12 profissionais de enfermagem prestam assistência e sua média de internação de 27 pacientes/mês.

3.3 POPULAÇÃO

A população estudada foi constituída por 42 participantes, sendo 35 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 7 pacientes. Todos os sujeitos pesquisados exerciam suas funções ou se encontravam internados nos centros de terapia intensiva adulto de ambas instituições.

Após a anuência na participação do presente estudo todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento (Anexo D), conforme Resolução n.º 196 de 10

de outubro de 1996 que estabeleceu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados foram coletados por meio da aplicação de inventários distintos para os trabalhadores de enfermagem e pacientes (Anexo A e B respectivamente).

O inventário dos trabalhadores de enfermagem foi aplicado da seguinte forma: os trabalhadores preenchem os formulários em seu turno de trabalho e foram incluídos os trabalhadores de enfermagem dos turnos da manhã, tarde, noite par e ímpar, sendo desconsiderados os enfermeiros dos plantões de finais de semana por não responderem pelo setor e sim, por estarem na supervisão geral das instituições.

Como critério de inclusão dos pacientes foi considerado o paciente em condições de expressar-se verbalmente e que estava há 24 horas sem utilizar drogas neurosupressoras, objetivando a exclusão de haver alterações no teor das informações prestadas.

O preenchimento dos inventários, tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes, foi realizado na presença da pesquisadora, que também observava o registro dos procedimentos nos prontuários.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados do presente estudo foi composto por dois inventários distintos que incluíam questões fechadas sendo um específico para os pacientes e o outro para os trabalhadores de enfermagem. O inventário destinado aos trabalhadores (Anexo A), continha 15 itens, sendo o décimo quinto um histograma do corpo humano para ser pintado com as cores, amarelo, verde e vermelho. O

amarelo representava um leve desconforto, a verde posição confortável e a vermelha posição desconfortável, na realização do procedimento.

Por outro lado, o inventário aos pacientes (Anexo B) continha onze itens, direcionados a higienização do couro cabeludo.

A aplicação do inventário teve como objetivo verificar junto aos trabalhadores de enfermagem e pacientes a eficácia, conforto e satisfação da técnica de higiene do couro cabeludo para ambos, além de investigar também o desconforto postural causado pela técnica quando está era realizada pelos trabalhadores de enfermagem junto aos pacientes.

As observações realizadas pela pesquisadora foram feitas no decorrer dos plantões, com o objetivo de verificar a frequência e o uso da técnica, observando as atitudes dos trabalhadores de enfermagem nestas situações. As mesmas foram efetuadas nos quatro turnos de trabalho. Tal opção foi em consideração ao fato que cada turno tem suas características, o que altera a organização do trabalho, bem como o desenvolvimento das tarefas e a necessidade do procedimento junto aos pacientes.

Os registros foram efetuados durante a jornada de trabalho de cada turno, onde o trabalhador de enfermagem preenchia no momento de sua disponibilidade objetivando a não interferência, no andamento das atividades do setor.

A investigação dos prontuários pela pesquisadora, tinha a finalidade de verificar quais os pacientes estavam utilizando medicações que interferisse nas respostas. Os inventários dos pacientes foram preenchidos pela pesquisadora no momento da verbalização destes.

Neste estudo foram utilizados dados objetivos e mensuráveis com a finalidade da obtenção de uma investigação precisa.

3.5 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO NA AMOSTRA ESTUDADA

A realização da coleta de dado foi iniciada após a autorização das respectivas instituições, no período entre julho e agosto de 2002, de acordo com as normas oferecidas pelas instituições.

Os inventários foram distribuídos aos trabalhadores de enfermagem após a apresentação de pesquisadora e dos objetivos do estudo.

Os formulários foram preenchidos, em geral, logo após serem entregues, e as observações foram realizadas igualmente nos quatro turnos de trabalho (Manhã – 07 às 13 horas; Tarde – 13 às 19 horas; Noites par e impar – 19 às 07 horas). Os trabalhadores de enfermagem preencheram uma única vez o inventário, sendo que a pesquisadora se dirigia todos os dias ao setor para verificação dos prontuários dos pacientes e análise dos mesmos.

Nesta observação pudemos interar-nos das reais atividades dos trabalhadores de enfermagem em unidade crítica, seu desgaste físico e emocional bem como a organização de trabalho de turno para turno, e especificamente na tarefa de higienização do couro cabeludo junto ao paciente.

O número restrito de pacientes no presente estudo foi devido às dificuldades encontradas junto aos mesmos no tocante ao critério de inclusão colocada por estes estarem em setor crítico e com seu estado de saúde alterado, necessitando muitas vezes de medicações neurosupresoras.

Quanto ao trabalhador de enfermagem, por característica próprias do setor, os mesmos muitas vezes não conseguiam preencher todo o inventário sem ter que fazer uma pausa.

Após o preenchimento e entrega dos inventários pelos trabalhadores de enfermagem, era reforçada a observação que a intenção da pesquisadora não era de mensurar sua tarefa de higienização do couro cabeludo e sim sua contribuição no estudo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise, os dados coletados em ambas instituições foram agrupados, uma vez que estes setores são semelhantes apesar das peculiaridades de cada um e não tenha sido observada diferença significativa no que tange as respostas obtidas nos instrumentos.

Inicialmente, a análise de dados foi feita em duas etapas, tendo em vista a utilização de dois tipos de inventários e que se completam no final.

A primeira parte da análise foi composta por dados de identificação do paciente, da investigação quanto à utilização do procedimento de higienização do couro cabeludo durante sua internação bem como seu conforto durante o procedimento.

A segunda parte da análise foi composta por dados que identificaram os trabalhadores de enfermagem, quando estes utilizavam a técnica de higiene do couro cabeludo junto aos pacientes, a eficácia da técnica utilizada, se os mesmos observam o conforto e satisfação do paciente bem como a sua no momento da higienização do couro cabeludo, se improvisavam os recursos materiais para desenvolver a higiene, se dispunham de força física e como se sentiam no momento de realizar o procedimento representando no histograma do corpo humano o desconforto ou conforto postural sentido.

No que se refere as observações, foi feito um levantamento do que foi encontrado no decorrer das mesmas, conforme o número de trabalhadores de enfermagem no setor bem como o número de pacientes e a disponibilidade dos recursos materiais para a execução da técnica de higienização do couro cabeludo.

3.7 CONSULTAS ÀS FONTES BIBLIOGRÁFICAS ELETRÔNICAS

Partes da revisão da literatura foram realizadas em consultas às principais bases de dados eletrônicas internacionais e nacionais, e artigos específicos de enfermagem.

As bases de dados consultadas foram:

- Medline – Medline on line, uma conceituada base de dados internacionais, especializada em artigos médicos, biológicos e epidemiológicos;
- Lilacs – literatura e periódicos Latino-americanos e do Caribe, é uma base de dados especializada em Ciências da Saúde.
- BIREME/OPAS/WHOLIS/OMS – Sistema integrado de informações do Centro Latino – Americano de informações, que integra informações da biblioteca virtual em Ciências da saúde e da Organização Mundial da Saúde;
- www.eps.ufsc.br - Página da base de dados da Engenharia de Produção e Sistema da Universidade Federal de Santa Catarina, onde são disponíveis os resumos das dissertações e teses dos programas de mestrado e Doutorado da Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

4 RESULTADOS

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

Foram respondidos 42 inventários, representando 100% da população estudada. O tratamento dos dados permitiu obter os resultados apresentados a seguir.

De acordo com a Tabela 4.1 referente ao perfil demográfico da população pesquisada, encontramos grande predominância do sexo feminino (73.8%).

TABELA 4.1 – Distribuição das Variáveis Demográficas (n=42)

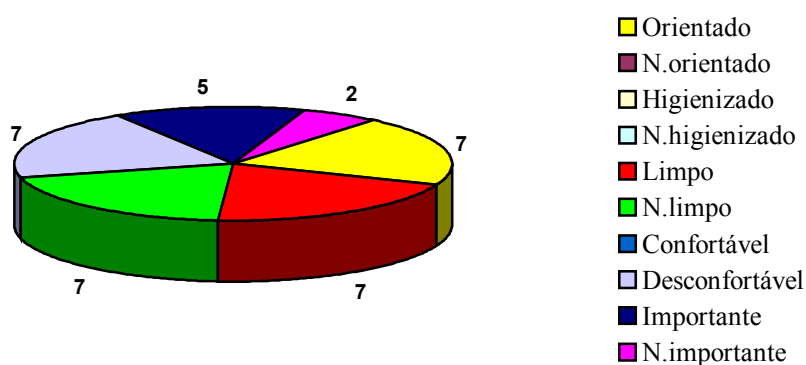
VARIÁVEIS	OCORRÊNCIA	%	Enfermagem	%	Pacientes	%
Sexo						
Masculino	11	26.1	5	14.3	6	85.7
Feminino	31	73.8	30	85.7	1	14.3
Estado Civil						
Casado	28	66.6	23	65.7	5	71.4
Solteiro	14	33.3	12	34.3	2	28.6
Faixa etária (anos)						
Até 30 anos	10	23.8	9	25.8	1	14.2
30 a 35 anos	18	42.8	17	48.5	1	14.2
36 a 40 anos	8	19.0	7	20	1	14.2
41 a 45 anos	2	4.76	1	2.8	1	14.2
46 a 50 anos	2	4.76	1	2.8	1	14.2
51 a 55anos	1	2.3	0	-	1	14.2
Mais de 55 anos	1	2.3	0	-	1	14.2

O perfil dos trabalhadores de enfermagem (n=35) é composta de ambos os sexos e predomínio do sexo feminino (85.7%), casado (65.7%), com idade média de 32.5 anos, apesar de não se constituir de uma profissão tipicamente feminina, essa predominância é confirmada pelos dados do Conselho Regional de Enfermagem.

O perfil dos pacientes (n=7) foi composto de ambos os sexos com predomínio sexo masculino (85.7%), casado (71.4%), com faixa etária entre 30 a 55 anos, caracterizando uma amostra predominantemente de adultos jovens.

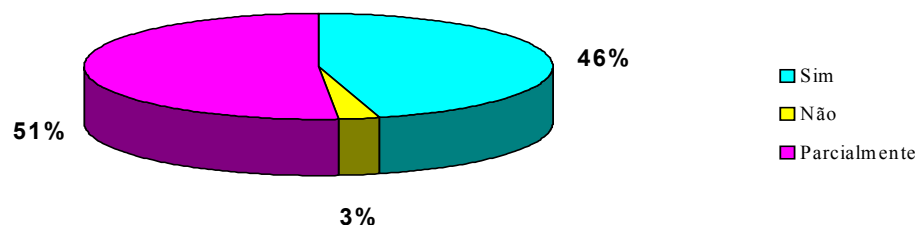
A Figura 4.1 mostra a distribuição dos resultados obtidos junto os pacientes quanto a higienização do couro cabeludo, 07 relataram não terem sido orientados sobre a higiene do couro cabeludo, 07 não receberam a higienização do couro cabeludo no momento do internamento. Como não foi realizado o procedimento, 07 relataram não perceber a higienização quanto à limpeza do cabelo após lavagem e seu conforto quando aplicado a técnica, 05 sentiam a necessidade da higienização do couro cabeludo enquanto estavam hospitalizados, 02 não achavam necessárias tal higiene no hospital.

FIGURA 4.1 – Distribuição da frequência da higienização junto aos pacientes



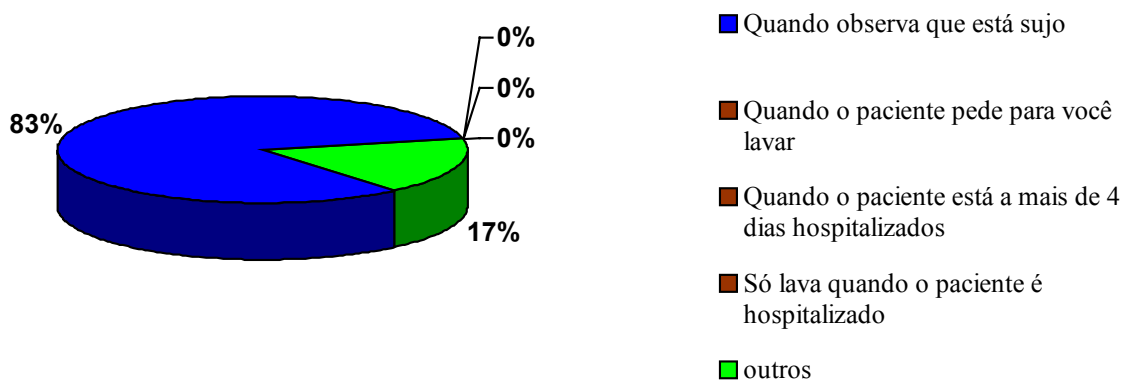
A Figura 4.2 apresenta os resultados obtidos juntos aos trabalhadores de enfermagem referente à utilização da técnica de higiene do couro cabeludo. Da amostra, 46% relatavam obter resultados quando utilizam o procedimento de higienização do couro cabeludo, 51% colocaram que obtém resultados parcialmente, 3% afirmavam obter resultados quando administram a técnica de higiene do couro cabeludo.

FIGURA 4.2 – Distribuição da utilização da técnica de higienização do couro cabeludo pelos trabalhadores de enfermagem



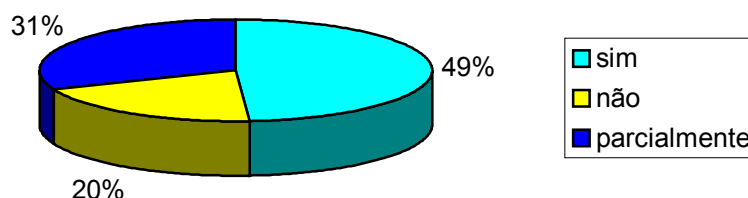
A Figura 4.3 apresenta os dados obtidos junto aos trabalhadores de enfermagem, e de como estes costumam lavar o cabelo dos pacientes hospitalizados. Das respostas obtidas, observa-se que a higiene é realizada quando os trabalhadores de enfermagem observam sujidade no cabelo dos pacientes (83%), utilizam outros recursos para realizar o procedimento (17%). As demais repostas mostram que, não realizam procedimento quando solicitado pelos pacientes; não higienizam o cabelo quando o paciente está mais de quatro dias hospitalizados; não lavam quando o paciente é hospitalizado.

FIGURA 4.3 – Distribuição da atividade de higienização



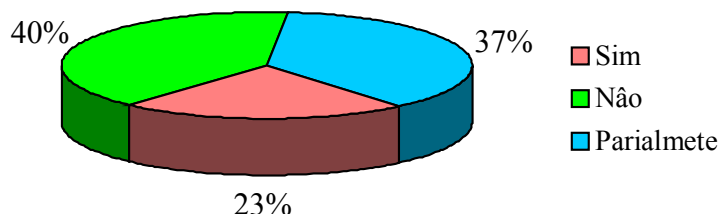
A Figura 4.4 apresenta a distribuição dos resultados coletados juntos aos trabalhadores, onde 49% colocaram que observam que os pacientes estão confortáveis e satisfeitos, 20% não observam se os pacientes estão confortáveis e satisfeitos, 31% relatam observar parcialmente a satisfação e conforto dos pacientes.

FIGURA 4.4 – Distribuição da satisfação e conforto do paciente



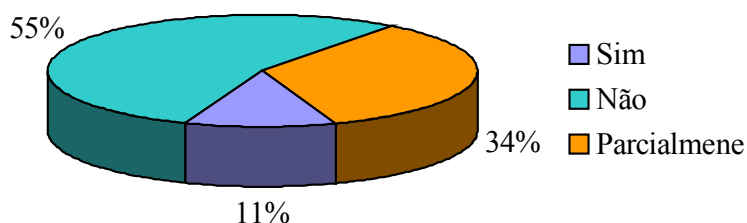
A Figura 4.5 mostra a distribuição dos resultados coletados junto com os trabalhadores de enfermagem quando a satisfação e conforto dos mesmos para desenvolver o procedimento de higienização do couro cabeludo. Na amostra, 40% afirmam não se sentirem satisfeitos e confortáveis para a realização da atividade, 37% afirmaram sentirem-se parcialmente e 23% afirmaram sentirem-se confortáveis e satisfeitos para desenvolverem a atividade.

FIGURA 4.5 – Distribuição da satisfação e conforto dos trabalhadores de enfermagem



A Figura 4.6 apresenta os resultados obtidos juntos aos trabalhadores de enfermagem quanto à técnica de higienização do couro cabeludo ser adequada para desenvolver as atividades. Nesta, 55% afirmaram não ser adequada para desenvolver o procedimento, 34% ser parcialmente e 11% dos participantes alegaram ser adequada para desempenhar a atividade de higienização do couro cabeludo.

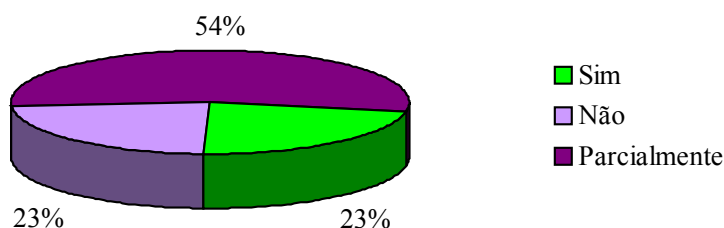
FIGURA 4.6 – Distribuição da adequação da atividade



A figura 4.7 demonstra a distribuição dos resultados coletados junto com os trabalhadores de enfermagem quando a utilização dos recursos materiais da técnica

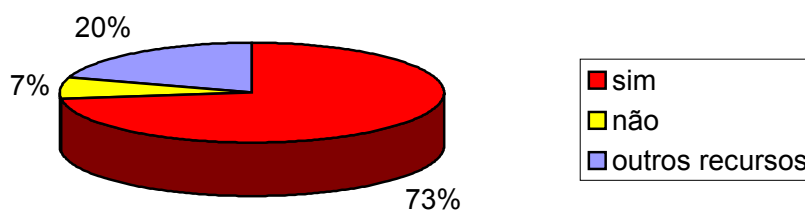
de higiene do couro cabeludo e se estes estão disponíveis no setor. Do total da amostra, 54% afirmaram dispor desses recursos parcialmente no setor e 23% igualarem-se em afirmações positivas e negativas.

FIGURA 4.7 – Distribuição dos recursos materias da atividade



A Figura 4.8 discrimina os resultados obtidos junto aos trabalhadores de enfermagem quando a disponibilidade dos recursos materiais ou a improvisação destes recursos para realizarem a atividade. Nela observamos que 73% afirmaram que improvisam os recursos materiais para a execução da atividade, 20% utilizam outros recursos, 7% não improvisam e nem utilizam outros recursos.

FIGURA 4.8 – Distribuição recursos materiais da técnica de higiene do couro cabeludo

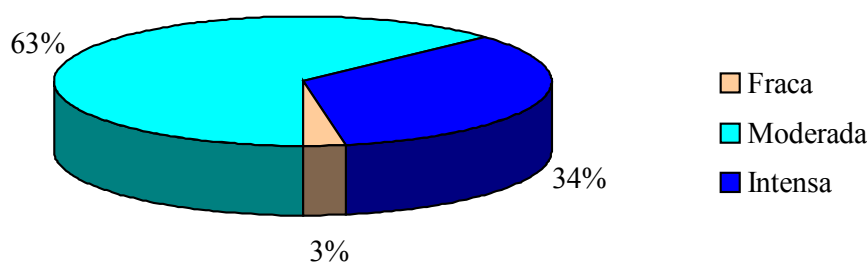


4.2 ASPECTOS BIOMECÂNICOS

A observação e verificação das atividades rotineiras de trabalho de enfermagem nos permitiram identificar alguns aspectos posturais que podem estar associados a lesões ocupacionais.

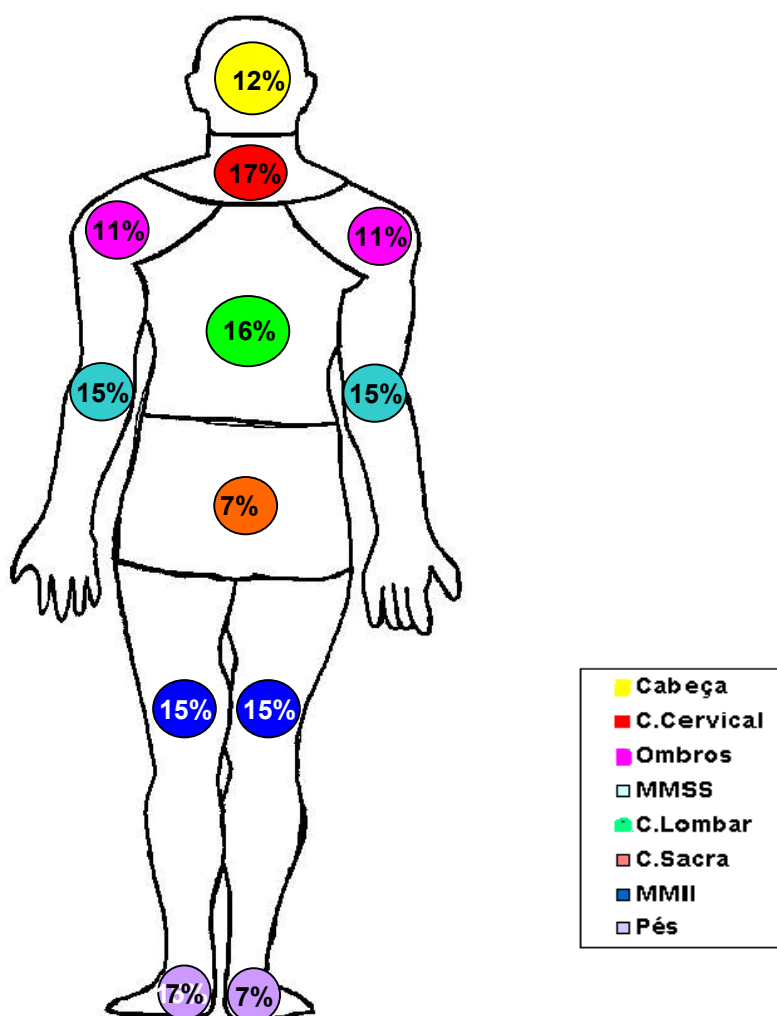
A Figura 4.9 apresenta os resultados obtidos juntos aos trabalhadores de enfermagem quanto à carga física para desenvolverem o procedimento de higienização do couro cabeludo nos pacientes hospitalizados. Observamos que 63% afirmaram que utilizam uma força moderada para desenvolver a atividade, 34% referiram necessidade de uma força intensa e 3% comentaram que é necessária uma força fraca para a atividade de higienização.

FIGURA 4.9 – Distribuição da carga física



A Figura 4.10 mostra que, para realizar a atividade de higienização do couro cabeludo pelos trabalhadores de enfermagem as localizações dos desconfortos pontuadas são: cabeça 12%, coluna cervical 17%, ombro 11%, coluna lombar 16%, membros superiores e membros inferiores 15%, e pés 7%.

Figura 4.10 – Distribuição do Mapa de desconforto Corporal



5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo a somatória dos resultados demonstraram que, a higienização do couro cabeludo não foi realizado na admissão, e nem durante a hospitalização desses pacientes. Também ficou demonstrado que os pacientes não foram orientados quanto a higienização do couro cabeludo. Porém cabe ressaltar que o conceito de higiene do couro cabeludo para os pacientes tem o cunho de manter a boa aparência e fazer parte de seu hábito de higiene, não demonstrando em momento algum a relação saúde-doença.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), do Ministério da Saúde na portaria 2616 de 12 de maio de 1998, segue as normativas e diretrizes que determinam diretrizes de controle de infecção para todos os setores dos hospitais com intuito de se alcançar baixos índices de infecção hospitalar. Nessas diretrizes deixam claro que o paciente antes de adentrar ao ambiente hospitalar precisa ser higienizado para que minimize o número de microorganismos que trás consigo.

Destaca-se a necessidade de realizar a higienização do couro cabeludo nos pacientes hospitalizados e com ênfase nos pacientes que permanecem em setores de unidade de terapia intensiva, considerado como um setor crítico no ambiente hospitalar, sendo que o cabelo por sua natureza alberga significativamente microorganismo que podem gerar riscos de eclosão de um processo infeccioso. A higienização cria barreiras contra a transmissão de microorganismos patogênicos diminuindo os índices de infecções hospitalares, e riscos de doenças ocupacionais aos trabalhadores.

A lavagem dos cabelos é um procedimento de extrema importância no plano assistencial aos pacientes e na transmissão de microorganismos. Capernito (2000) e Veiga (2001), confirmam que as medidas de higiene cobrem várias necessidades físicas básicas que os pacientes são, normalmente, incapazes de satisfazer sozinhos. É de responsabilidade dos trabalhadores de enfermagem incluírem a avaliação a higiene corporal dos pacientes, de forma a prestarem a assistência da prática de hábitos rotineiros de higiene quando o paciente for incapaz de realizá-lo como os pacientes que se encontram em unidade de terapia intensiva.

Dos profissionais estudados cerca de 51%, afirmaram que a técnica de higiene do couro cabeludo (xampu) higieniza parcialmente o cabelo dos pacientes, sendo que 46% pontuam que a técnica preconizada pelos autores possibilita uma higienização. Podemos observar uma discordância em relação ao seu uso e sua eficácia quanto a higienização do cabelo quando utilizada pelos trabalhadores de enfermagem, o que leva ao desencontro com as técnicas citadas por alguns autores tais como: Weitzel (1974), Lopes (1994), Mamede (1984), Mussi (1995), Veiga, (2001), e Timby, (2001). Quando nos referimos à observação e o uso das técnicas de higiene do cabelo, 83% dos trabalhadores de enfermagem identificaram que higienizam o cabelo dos pacientes quando observam que está com sujidade, e 17% higienizam de outra maneira ou quando solicitada por superiores do setor. Esses resultados nos dão subsídios para compreender porque apesar de tantos estudos, normas, leis, ainda há índices de infecções hospitalares e agravos à saúde. Embora os dados demonstrem descaso quanto à higiene do couro cabeludo, destaca-se que os trabalhadores de enfermagem higienizam o cabelo dos pacientes quando observam se tem sujidade, porém não é levado em consideração a presença de microorganismos, pois os mesmos não são visíveis. Considerando que o cabelo não

faz parte do conjunto de assistência prestada ao paciente, que não representa fonte de microorganismo que pode alterar o quadro clínico do paciente e causar danos para sua saúde e ser veículo de infecções desses microorganismos esses podem ser agressores para os trabalhadores, pacientes e ambiente que estão executando suas atividade (Tortora, 2000).

Analizamos que para muitos trabalhadores de enfermagem o cabelo é apenas um componente da aparência física do paciente. Se buscarmos nos primórdios da profissão de enfermagem, vamos lembrar que em 1953, Florence Nightingale priorizava os cuidados com a higiene dos pacientes e ambientes bem antes de enfermagem ser reconhecida como profissão, e sua luta foi satisfatória, pois a partir de uma boa higienização, os pacientes recuperam sua auto-estima e seu quadro clínico não se agravam por microrganismos patogênicos que se abrigam em sua pele.

É notório que muitas são as atividades dos trabalhadores de enfermagem tornando-os sobrecarregados, mas não podemos deixar de lado os princípios básicos, uma vez que se não atendermos as necessidades básicas de nada adianta tanta modernidade e tecnologia no que se trata de saúde.

Para a satisfação e conforto dos pacientes, quando utilizado a técnica de higiene do couro cabeludo, 49% dos trabalhadores de enfermagem observam que os pacientes estão confortáveis e satisfeitos com o procedimento, 20% afirmaram que não estão confortáveis e satisfeitos e 31% apontaram que observam parcialmente a satisfação e conforto dos pacientes para execução do procedimento. A representação para satisfação e conforto para os trabalhadores de enfermagem quando estão utilizando a técnica de higienização do couro cabeludo nos pacientes, demonstra que 40%

sentem-se parcialmente confortáveis e satisfeitos, 37% não se sentem confortáveis e nem satisfeitos para a execução da atividade.

Observamos que os trabalhadores de enfermagem e pacientes em valores próximos apontam certa igualdade para satisfação e conforto na execução do procedimento, e resultados significativos apontam que os trabalhadores de enfermagem e pacientes se sentem insatisfeitos e desconfortáveis para execução do procedimento de higienização do couro cabeludo.

A influência da atividade para os trabalhadores de enfermagem e pacientes no que se refere à satisfação e conforto pode ser proporcionado ao grau em que os trabalhadores e pacientes visualizam sua importância, e a forma de como estão sendo satisfeitos. Estas situações confirmam-se em trabalhos de Rio & Pires (1999). Assim, o sistema de adaptação entre o homem e o trabalho deve possuir uma harmonia, uma igualdade para promover a satisfação e conforto ao trabalhador de enfermagem e pacientes. A Ergonomia, portanto, busca promover a máxima adaptação do trabalhador através da adequação a estas condições físicas, psíquicas e emocionais, a fim de levar as pessoas a enxergarem o trabalho como algo capaz de gerar satisfação, conforto e realizações.

Na avaliação da adequação da técnica de higienização do couro cabeludo, os trabalhadores de enfermagem demonstraram que 55% não está adequada para a higienização do cabelo dos pacientes hospitalizados e 34% afirmam que higieniza parcialmente o couro cabeludo quando utilizada, ficando claro que a necessidade de aprimoramento dessa técnica para que possa obter resultado satisfatório na utilização, podendo estar reduzindo o número de agentes patogênicos no ambiente hospitalar, minimizando os riscos de doenças ocupacionais e nosocomiais dessa atividade.

Quanto à análise dos recursos materiais necessários para a utilização da técnica de higienização do couro cabeludo junto aos pacientes hospitalizados, 54% apontaram que estes recursos estão parcialmente disponíveis no setor para que possam executar a atividade junto aos pacientes. Quando não disponíveis no setor 73%, improvisam os recursos para desenvolver essa atividade junto aos pacientes não sendo possível à utilização dos recursos exigidos pelas técnicas preconizadas pelos autores. Ainda 20%, dos trabalhadores de enfermagem citam a utilização de roupas do próprio setor para desenvolver a higiene do couro cabeludo.

A contradição entre empregabilidade da técnica de higienização do couro cabeludo e recursos materiais preconizados pelos autores, afirmando que os trabalhadores de enfermagem não executam a atividade junto aos pacientes por não disporem dos recursos materiais necessários em seu posto de trabalho o que leva a improvisos e higienização precária do couro cabeludo para o paciente.

As técnicas utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem sendo elas preconizadas pelos autores ou improvisadas pelos próprios trabalhadores no setor demonstram que 63% utilizam força moderada quando executa a tarefa de higienização do couro cabeludo, 34% pontuam uma força intensa, sendo essas forças para execução da tarefa e manejo junto ao paciente, pois os equipamentos e mobiliários do setor estão correlacionados a essa distribuição de forças.

Quanto à postura e movimento freqüentes no desenvolvimento da tarefa de higienização do couro cabeludo os trabalhadores de enfermagem pontuam 12% desconforto na cabeça para execução da tarefa 17% afirmam desconforto em região cervical, 11% pontuam os ombros como desconfortável 5% relacionam desconforto em Membros superiores, 16% pontuam a coluna lombar com maior desconforto para

realizar o procedimento, 15% pontuam desconforto em Membros inferiores e 7% afirmam região sacra e pés.

A influência da tarefa sobre as queixas de desconforto postural e principalmente em coluna lombar nos trabalhadores de enfermagem, confirmam-se em trabalhos de Alexandre e Angemari (1993), Lida (1997), que identificaram estes sintomas como diretamente relacionados ao desenvolvimento das tarefas desses trabalhadores.

Em resposta aos desconfortos e queixas, o aprimoramento da técnica de higienização do couro cabeludo utilizado no contexto hospitalar é de suma importância sua renovação para que possa ser utilizada de maneira única por todos os trabalhadores de enfermagem com o propósito de beneficiar os pacientes com o correto procedimento, e os trabalhadores de enfermagem com um único recurso material que ofereça satisfação, conforto e agilidade na realização da tarefa junto ao paciente.

6 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Este trabalho teve como objetivo verificar os riscos ocupacionais e ergonômicos da técnica de higiene do couro cabeludo em pacientes hospitalizados relacionando-os com a satisfação e conforto para os pacientes e os trabalhadores de enfermagem.

Os dados obtidos nos apontam que há divergências entre os trabalhadores de enfermagem e pacientes com a utilização das técnicas de higienização do couro cabeludo em pacientes hospitalizados em setores considerados críticos como a Unidade de Terapia Intensiva.

Tal constatação leva-nos a ressaltar que o conceito de higiene do couro cabeludo para os pacientes tem o cunho de manter a boa aparência e fazer parte de hábito de higiene, não demonstrando em momento algum a relação saúde doença.

Para os trabalhadores de enfermagem a higienização do couro cabeludo é parte da assistência que realiza junta ao paciente com objetivo de manter as necessidades humanas básicas, pois possuem uma parcial conscientização com relação à finalidade e a necessidade da higienização do couro cabeludo nos pacientes hospitalizados.

Na maioria das vezes só realizam em caso de extrema necessidade e nos demais casos deixam de realizá-la. A grande maioria, porém, julga as atuais técnicas de higienização do couro cabeludo inadequada para desempenhar a atividade junto aos pacientes demonstrando, como era de se esperar, descaso com relação a higienização do couro cabeludo, pois afirmam não disporem dos recursos materiais no setor de trabalho e que as técnicas não possibilitam um resultado satisfatório, não

permitindo satisfação e conforto para a execução da atividade, e ignorando por completo as possíveis conseqüências de sua não realização.

Como forma de atender e acompanhar as exigências no trabalho, a enfermagem vem buscando apreender a visão que se tem da ergonomia, bem como as finalidades a que ela atende. O aprimoramento da técnica de higiene do couro cabeludo faz-se necessário para promover a reorganização da atividade no processo de trabalho na enfermagem, buscando satisfazer os pacientes e os trabalhadores de enfermagem, possibilitando conforto a ambos no momento da atividade, suprir os déficits existentes nessa atividade bem como de encontrar formas para reduzir ou minimizar os problemas à saúde dos trabalhadores de enfermagem, uma vez que os atuais modelos não conseguem suprir as lacunas existentes.

Diante dessa análise o aprimoramento da técnica de higienização do couro cabeludo utilizado no contexto hospitalar e de suma importância para que possa ser utilizada de maneira única por todos os trabalhadores de enfermagem com o propósito de beneficiar os pacientes com o correto procedimento, oferecendo um único recurso material que proporcione satisfação, conforto e agilidade na realização da tarefa junto ao paciente.

Este estudo nos permite recomendar as instituições hospitalares à adoção de novos recursos para desenvolver a atividade de higienização do couro cabeludo conforme proposta em anexo, nos pacientes hospitalizados, bem como adotar medidas preventivas dos riscos ocupacionais os quais esta categoria está exposta.

Futuros estudos devem estender sua capacidade de coleta de dados junto a um universo populacional de maior monta, o que nos permitiria, seguindo os critérios do método científico, ampliar o nosso grau de certeza e de inferência sobre a

epidemiologia dos microorganismos no couro cabeludo do pacientes hospitalizados e as infecções hospitalares.

Além de estudos específicos sobre o uso de antimicrobianos em unidades críticas dos ambientes hospitalares bem como revisões de normas e rotinas padronizadas podem ser pesquisas relevantes.

Para finalizar, consideramos que, a utilização das técnicas de higienização do couro cabeludo pelos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar necessita de análise ergonômica do trabalho como forma de aprimoramento e investigação dos agravos à saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, N. M. C.; ANGERAMI, E. L. S. **Ergonomia e enfermagem**. In: Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.2 n. 23. São Paulo, abril, 1989.

_____. **Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes**. In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. S.L., v. 21, n. 77, janeiro/março, 1993.

ARAUJO, M. J. B. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. Rio de Janeiro: Bezerra de Araújo Ltda, 1980.

ARAUJO, I. E. M.; ALEXANDRE, N. M. C. **Ocorrência de cervicodorsolombalgia em funcionários de enfermagem em centro cirúrgico**. In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. v. 25, n. 93/94, p. 119-137, 1994.

ARREGUY – SENNA, C.; ROJAS, A.V.; SOUZA, A. C. S. **Representação social de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem sobre a percepção dos riscos a que estão expostos em unidades de atenção à saúde**. In: Revista Eletrônica de Enfermagem. v.2, n.1. Goiânia: jan/jun 2000.

ATKINSON, L.; MURRAY, M. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1989.

BRASIL. Leis, decretos etc. **Consolidação das leis do trabalho**. Brasília, 1974.

BECK, C. L. C. **Da banalização do sofrimento à re-significação ética na organização do trabalho**. Florianópolis, 2000. Tese de (doutorado em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina).

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Bezerra, 1994.

_____. **Enfermagem do trabalho**. v. I. Rio de Janeiro: S.C.P, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Controle Infecção Hospitalar. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2 ed. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2616/GM de 12 de maio de 1998**. Dispõe sobre as diretrizes e normas para o controle e prevenção de infecções hospitalares. Diário Oficial da União. Brasília, 13 de maio de 1998.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD S/A: Lisa S/A, s/d.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e Assistência: Resgatando Florence Nightigale**. Goiânia: AB, 1997.

CASTRO, S. V. **Anatomia fundamental**. 2 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – DF. **Legislação**. Brasília: COREN, 1994.

CHAVES, M. J. **Perspectivas da enfermagem do trabalho frente ao contexto atual da saúde do País**. In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. v.18, n. 69. São Paulo: jan/fev/mar,1990.

CLARKE, M. **Enfermagem geral I**. Rio de Janeiro: Publicações Europa-América Ltda, 1977.

CLOTET, J. **Porque bioética? Bioética**, v. 1, p. 1-9. Brasília, 1993. Apud FORTES, P. A. C. Reflexões sobre bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 2, n. 2, p. 129-135, 1994.

CORMACK, D. H. **Histologia**. 9 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1987.

COUTO, H. A. **Ergonomia aplicada ao trabalho: O manual técnico da máquina humana**. v. I e II. ERGO. Belo Horizonte, 1996.

COUTO, R. M.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção hospitalar, epidemiologia e controle, gestão para a qualidade**. 2 ed. PA : Medsi, 1999.

DAWBER, R.; DOMINIQUE, N. V. **Doença dos cabelos e do couro cabeludo**. Editora Manoel, 1996.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem: concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Copyright, 1995.

DU GAS, B. W. **Enfermagem prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

DUILL, J; WEERDMEESTER, B. **Ergonomia prática**. São Paulo: Edgard Blucher Ltda, 1995.

ERDMANN, A. L.; BENITO, G. A.. **A ergonomia como instrumento no processo de trabalho da enfermagem**, In: Rev. Texto e Contexto Enf., v. 4, n.1, p. 41-46, Florianópolis, jan/jun,1995.

FIALHO, F. **O método epistemológico e interdisciplinar**. UFSC, 1997. (texto mimeografado).

FERNANDES, A. T. **Infecções Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FIALHO, F; SANTOS, N. dos. **Manual de análise ergonômica no trabalho**. 3 ed. Curitiba: Gênese, 1997.

FUERST; WOLFF; WEITZEL. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1974.

GANDEJAM, E. **Manual de ergonomia**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 1995.

_____. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. PA: Artes Médicas, 1998.

GARRAFA, V. **Bioética, saúde e cidadania**. In: Revista Centro Brasileiro em Estudos da Saúde (CEBES), n. 43, p. 53, Londrina (PR), junho 1994.

GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HAAG, G. S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiana: AB Editora, 1997.

JOUVENCEL, M. R. **Ergonomia básica aplicada a la medicina del trabajo**.

HENSE, D. S. S. **Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade**. Florianópolis: UFSC, 1987. 107 p. (Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina).

HONEMANN, G. V. **Procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1977.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo: Edgard Blucher, 1997.

JAWETZ, HELNICK, ADELBERG. **Microbiologia médica**. 15 ed. São Paulo: Koogan Guanabara, 1984.

JAKUBEC, N.L. **Hospital and industry occupational health nurses are they different?** In: *Occup. Health Nurs.* New York, apr. 1983.

KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1986.

KOCH, R. M.; MATTOS, H. S.; WALTER, R. L. **Técnicas básicas de enfermagem**. 7 ed. Curitiba: Lítero-Técnico, 1980.

KOCH, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem**. 14 ed. Curitiba: Florence, 1996.

KNIBBE, J.J.; FRIELLE, R.D. **Prevalence of back pain and characteristics of the physical workload of community nurses**. Ergonomics, v. 39, 1996, 186–198 pp.

LEPARGNEUR, H. **Bioética**. Apud BARCHI FONTAINE, C. J. P. Bioética e saúde. São Paulo : Sociedade Beneficente, 1987.

LILIENFIELD, D. E. **Definitions of epidemiology**. Apud VANDEMARK, P. J.; BATZING, B. L. The microbes: a introduction to their nature and importance. Amer. J. Epidemiol, v. 107, n. 2, p. 87-90, 1978. Melo Park: Benjamin/Cummings, 1978, 991 p., p. 708.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Técnica de Pesquisa**. São Paulo: Atlas S.A., 1999, 260 p.

LIPP, M. **Pesquisa sobre estresse no Brasil: ocupações e grupos de riscos**. Campinas: Papirus, 1996.

LOPES, M. A.; LA CRUZ, M. J. R. **Guias práticos de enfermagem: hospitalização**. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1994.

MAMEDE, M. V.; CARVALHO, E.C.; CUNHA, A. M. P.(coord.) **Técnicas em enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Sawier, 1984.

MAYES, M. E. **Manual do auxiliar de enfermagem**. 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana Ltda, 1977.

McCLAIN, M. E.; CRAGG, S. H. **Princípios científicos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Científica, 1970.

McGOWAN, J. E. JR. **Whence como nosocomial infeccions?** In: Engl. J. Med., n. 307, p. 1576-1577, 1982.

MOEDLER, E. L. **Manual do atendente de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1976.

MONTAG, M. L.; RINES, A. R. **Manual de técnicas fundamentais**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1979.

MONTMOLLIN, M. **A ergonomia**. Editores La Découverte, 1990.

_____. **A ergonomia**. Lisboa: Sociedade e Organizações, 1990.

MUSSI, N. M. et al. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1995.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, D. de.; COLS. **Causas de estresse, segundo a opinião dos funcionários de enfermagem que atuam na UTI**. Itajaí, 1996. (Monografia apresentada para conclusão do curso de graduação em enfermagem).

PELCZAR JR. M. J.; CHAN, E. C. S.; KRIEG, N. R. **Microbiology: concepts and applications**. New York : McGraw-Hill, 1993. 896 p.

PESSINI, L. **Bioética nos USA: valores e limites**. São Paulo: Santuário, 1989.

POSSO, M. B. S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1999.

OLIVEIRA, A.C.; ALBUQUERQUE, C. P.; ROCHA, L. C. M. **Infecções hospitalares, abordagem, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

RIO, R.P.; PIRES, L. **Ergonomia: Fundamentos da prática ergonômica**. Belo Horizonte: Health, 1999.

RIBEIRO, I. C. **Enfermagem em saúde ocupacional**.

<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/saudeocupacional.htm>. 2000.

REZENDE, A. A. M. **Saúde – dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez.

REVISTA NURSING Revista técnica de enfermagem. **Os vencedores do concurso idéia 200**. 01/2001 ano 4.

REVISTA NURSING Revista técnica de enfermagem. Saúde Ocupacional, n. 52 08/2002, ano 5.

SCOPEL, V. M. P; RODRIGUES, R. M. **Técnica e prática de enfermagem**. São Paulo: Robe, 2001.

SOUZA, E. F. **Manual de enfermagem**. 6 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1976.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. [trad. Regina Garcez]. 06. ed. Porto Alegre: ARTMED. 2001.

TORTORA, Gerard J. **Microbiologia**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho: textos selecionados em ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

Van DEMARK, P. J.; BATZING, B. L. **The microbes: na introduction to their nature and importance**. USA: Benjamin/Culmmings, 1987. 991 p.

VEIGA, D. A. **Manual de técnica de enfermagem**. 9 ed. PA: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **Manual de técnica de enfermagem**. PA: Editora Universidade UFRGS, 1982.

_____. **Manual de técnica de enfermagem**. 5 ed. DC Luzzatto, 1994.

VEIGA, D. A.; CROSSETI, M. G. O. **Manual de técnica de enfermagem**. 8 ed. PA: Sagra Luzzatto, 1998.

ANEXOS

ANEXO A - Inventário aplicado junto ao paciente

Pacientes.(Condições de expressar-se verbalmente)

1. Sexo: F () M ()

2. Idade:_____

3. Escolaridade:_____

4. Estado civil:

Casado (a):_____

Solteiro (a):_____

União consensual:_____

Viúvo (a):_____

Divorciado (a):_____

5. Naturalidade:_____

6. Cidade:_____ Estado:_____

7. Senhor (a), foi orientado da higiene do couro cabeludo no momento do internamento?

() sim () não

8. Foi realizada a higiene do couro cabeludo no momento internamento?

() 1 vez () mais de 1 vez () não

9. Sentiu que o cabelo ficou limpo quando foi realizada a higiene do couro cabeludo?

() sim () não () parcialmente

10. Sentiu confortável na lavagem do cabelo feito pelos trabalhadores de enfermagem?

() sim () não () parcialmente

5. Você sente necessidade que seu cabelo seja higienizado enquanto está hospitalizado?

() sim () não

ANEXO B – Inventário aplicado junto aos trabalhadores de enfermagem

1. Sexo: F () M ()

2. Idade: _____

3. Escolaridade: _____

4. Estado civil:

Casado (a): _____

Solteiro (a): _____

União consensual: _____

Viúvo (a): _____

Divorciado (a): _____

5. Naturalidade: _____

6. Cidade: _____ Estado: _____

7. A técnica de higiene do couro cabeludo possibilita uma correta higienização ao paciente quando você utiliza?

() sim () não () parcialmente

8. Você costuma lavar o cabelo do paciente em que casos, quando ele está internado?

() quando observa que está sujo.

() quando o paciente pede para você lavar.

() quando o paciente está a mais de 4 dias hospitalizado.

() só lava quando o paciente é hospitalizado.

() outro? _____

9. Quando está realizando a tarefa de higienização do couro cabeludo aos pacientes, observa que os mesmos estão confortáveis e satisfeitos com o procedimento?

() sim () não () parcialmente

10. Quando está realizando a tarefa de higienização do couro cabeludo aos pacientes, sente-se satisfeito e confortável para desenvolver este procedimento?

() sim () não () parcialmente

11. Você considera que as técnicas empregadas para higienização do couro cabeludo são adequadas?

() sim () não () parcialmente

12. Para realizar a higienização do cabelo junto ao paciente os recursos materiais da técnica de higiene do couro cabeludo estão disponíveis no setor?

() sim () não () parcialmente

13. Quando não estão disponíveis no setor você improvisa ou tente realizar a atividade de outra maneira?

() sim () não () quais? _____

14. Quando está realizando o procedimento percebe que a carga física neste procedimento é:

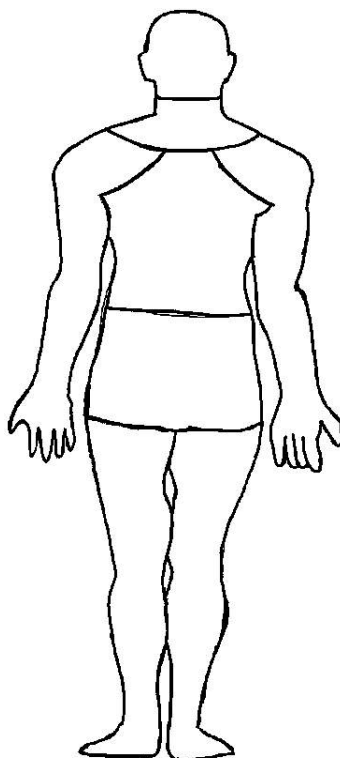
() fraca () moderada () intensa

15. Pinte no boneco abaixo onde você sente desconforto para realizar o procedimento.

Amarelo: Leve desconforto

Verde: Confortável

Vermelho: Desconfortável.



ANEXO C – Termo de consentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
concordo em participar da pesquisa “Higienização do Couro Cabeludo a Pacientes Dependentes nas Instituições de Saúde”. A fim de que a pesquisa seja viabilizada, concordo com a utilização dos dados transcritos em questionários, bem como sua possível publicação em meio científico.

Entendo que meus direitos éticos e legais serão garantidos e preservados e que posso interromper minha participação no estudo assim que desejar.

_____, _____ 2002.

ANEXO D – Proposta para instrumento de higienização do couro cabeludo em pacientes hospitalizados

