

Conhecimentos e medidas de biossegurança adotadas por manicures autônomas do município de Mamanguape - PB

Biosecurity expertise and measures adopted by autonomous manicures in the municipality of Mamanguape - PB

RESUMO

Dyego Carlos Souza Anacleto
de Araújo*

Jória Viana Guerreiro

A adoção de medidas de biossegurança por manicures e pedicures busca reduzir riscos à saúde destes trabalhadores e dos seus clientes. **Objetivo:** Avaliar conhecimentos sobre riscos biológicos e medidas de biossegurança adotadas por manicures autônomas no município de Mamanguape, PB. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal com aplicação de questionário semiestruturado. **Resultados:** Todas as entrevistadas eram do sexo feminino; 72,00% aprenderam a profissão sozinhas; 78,0% atuavam a mais de dez anos na profissão; 94,0% conheciam o risco de adoecer associado à atividade; 78,0% tinham as três doses para a hepatite B; 79,0% adotavam a esterilização em autoclave para prevenir contaminação; 47,0% utilizaram água e sabão, 16,5% acetona e 16,5% álcool para a limpeza do material e 67,0% não usavam equipamentos de proteção individual (EPI). **Conclusão:** Foram identificados riscos individuais e coletivos relacionados à atuação de manicures/pedicures num município de pequeno porte. Esta força de trabalho desconhece os riscos de sua prática e não faz uso de EPI adequadamente. Torna-se necessária a atenção à atuação dessa categoria pelas vigilâncias sanitárias municipais, promovendo ações para uma prática profissional segura e a proteção da saúde destas profissionais e dos clientes.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de manicure e pedicure; Hepatite viral humana; Biossegurança

ABSTRACT

Objective: To evaluate the knowledge on biological risks and biosecurity measures adopted by autonomous manicures in the municipality of Mamanguape, Paraíba, Brazil. **Methods:** It was a quantitative, descriptive transversal study with application of a semi-structured questionnaire. **Results:** All interviewed professionals were female, 72.0% learned the occupation by themselves, 78.0% had been working for over ten years, 94.0% were aware of the risk of illness associated with the profession. As for immunization against hepatitis B, 78.0% said that they had had all 3 mandatory vaccine doses. The main measure taken to prevent contamination was autoclaving (79.0%). Regarding the cleaning of equipment, 47.0% use soap and water, 16.5% acetone and 16.5% alcohol; and 67.0% do not use personal any protective equipment (PPE). **Conclusion:** Collective and individual risks were identified and related to the performance of manicures/pedicures in a small city. This workforce is mostly unaware of the risks of their professional practice and does not use PPE properly. There is a necessity of further attention to the performance of manicures by the municipal health surveillance, promoting changes aimed at a safe professional practice and at the health preservation of both professionals and customers.

KEYWORDS: Manicure and pedicure services; Human viral hepatitis; Biosecurity

Universidade Federal da Paraíba
(UFPB), João Pessoa, PB, Brasil

* E-mail: dyegodm_pb@hotmail.com

Recebido: 24 mar 2016
Aprovado: 8 jun 2016



INTRODUÇÃO

O mercado da beleza e da estética apresentou um importante crescimento nos últimos anos, especialmente em virtude da ascensão social e dos padrões e estilos amplamente divulgados pela mídia¹. A Associação Nacional do Comércio de Artigos de Higiene Pessoal e Beleza (Anabel) registra um aumento de 78% no número de novos salões de beleza, no país, entre 2005 e 2010². Manicures e pedicures têm destaque entre a diversidade de profissionais de embelezamento³.

O crescimento na demanda e na oferta por aqueles serviços não foi acompanhado pelo cuidado e atenção à saúde destes trabalhadores. Manicures, por exemplo, estão expostas a diversos tipos de riscos ocupacionais, sejam eles físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos, os quais podem comprometer sua saúde e desempenho profissional⁴.

Dentre os riscos biológicos, a exposição a agentes infecciosos, como os vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites, tem sido uma preocupação dos órgãos públicos de saúde, especialmente da Vigilância Sanitária (VISA), pela possibilidade do profissional atuar como um vetor na transmissão destes micro-organismos implicando, dessa maneira, num risco sanitário. Embora haja comprovação da transmissão do HIV e das hepatites virais por instrumentos perfurocortantes infectados e não esterilizados, a exemplo dos alicates de unha, não há dados na literatura sobre a transmissão daquelas doenças pelas manicures/pedicures.

A adoção de medidas de biossegurança por parte das manicures e pedicures busca reduzir riscos à saúde destas trabalhadoras e dos seus clientes. Neste trabalho será considerada a definição do Ministério da Saúde em que o conceito de biossegurança implica numa abordagem do risco, a saber: condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e vegetal e o ambiente⁵.

A preocupação com esta problemática está refletida na Lei nº 12.592, de 18 de janeiro de 2012, que dispõe sobre o exercício de profissionais relacionados à higiene e ao embelezamento capilar, estético, facial e corporal dos indivíduos, tais como barbeiros, esteticistas, depiladores, manicures e pedicures, que deverão obedecer às normas sanitárias, efetuando a esterilização de materiais e utensílios utilizados no atendimento aos clientes⁶.

Considerando-se que é dever do estado garantir ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Lei Federal nº 8.080/90⁷), bem como a proteção da saúde e segurança contra riscos provocados por práticas no fornecimento de serviços, que é um dos direitos básicos do consumidor (Código de Proteção e Defesa do Consumidor); ressalta-se o papel da VISA no desenvolvimento de ações que visem à eliminação, diminuição ou prevenção dos riscos à saúde. A VISA local deve conhecer a realidade destes profissionais e estabelecer os padrões mínimos de segurança para o exercício da profissão^{7,8}.

Observa-se que, embora as manicures exerçam atividades cujos riscos têm impacto na Saúde Pública, os poucos trabalhos disponíveis na literatura foram realizados com profissionais que trabalham em salões de beleza, onde há uma regulamentação para ação da VISA local^{9,10,11,12,13}. Em cidades de menor porte, principalmente, deve-se considerar outra realidade. Há um importante contingente de manicures autônomas atendendo na própria residência ou nas de seus clientes, sem interferência dos órgãos reguladores, quer seja da VISA local, o que, aliado à insuficiência de informações e recursos, conduz a um ambiente propício para disseminação de diferentes doenças.

Este relato buscou avaliar os conhecimentos dos riscos biológicos que envolvem a prática profissional e quais as medidas de biossegurança adotadas pelas manicures e pedicures autônomas do município de Mamanguape, Paraíba (PB).

METODOLOGIA

Estudo quantitativo com abordagem descritiva e transversal. A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2014, por meio de um questionário semiestruturado aplicado a manicures/pedicures da cidade de Mamanguape, PB.

Os critérios de inclusão foram: manicures autônomas, residentes no município de Mamanguape, PB, que prestavam serviço na própria residência ou na do cliente.

A escolha da amostra se deu por conveniência, visto que não há registros dos serviços prestados por essas profissionais e, assim, não é possível inferir o número total de manicures autônomas na cidade. As cinco primeiras entrevistadas eram conhecidas do pesquisador, as demais foram resultados de indicação ao longo da pesquisa, de modo que uma cadeia foi formada, findando-se quando as indicações começaram a se repetir. A adoção de uma amostra não probabilística é justificada pelo não conhecimento de todos os elementos da população. A técnica de amostragem adotada foi a da bola de neve, na qual os indivíduos selecionados foram indicando novos participantes de sua rede, chegando, portanto, a 18 manicures/pedicures. Outras quatro profissionais foram visitadas pelo entrevistador por três vezes, mas não foram encontradas para responder ao questionário.

As questões objetivaram avaliar as características biossociais e profissionais, o conhecimento sobre os riscos e transmissão de doenças e as medidas de biossegurança adotadas pelas manicures/pedicures do município. Os dados foram agrupados e sumarizados por análise descritiva com cálculo de porcentagem por meio do *software* Excel.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba sob o parecer nº 845.185.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as entrevistadas eram do sexo feminino e possuíam, no mínimo, o ensino fundamental incompleto; tinham idade entre 18 a 58 anos, média de 35,7 anos e a maioria (33,0%) estava na faixa etária entre 30 e 35 anos; 80% eram casadas; 70,0% tinham os serviços de manicure como única fonte de renda e 72,0% aprenderam a profissão sozinhas, sem cursos de qualificação. Quanto ao tempo de trabalho na profissão, houve uma variação entre dois e 38 anos, sendo que 78,0% apresentaram mais de dez anos de atuação no setor (Tabela 1).

Desempenhar estas atividades sem a realização de cursos de qualificação vai de encontro às recomendações da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho. Recomenda-se que, para a atuação destes profissionais é necessário, no mínimo,

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das manicures/pedicures domiciliares. Mamanguape, PB, 2014.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	18	100,0
Masculino	00	0,0
Idade		
18 a 23 anos	01	6,0
24 a 29 anos	04	22,0
30 a 35 anos	06	33,0
36 a 41 anos	02	11,0
42 a 47 anos	02	11,0
48 a 53 anos	02	11,0
54 a 60 anos	01	6,0
Escolaridade		
Nunca estudou	00	0,0
Ensino fundamental incompleto	04	22,0
Ensino fundamental completo	01	06,0
Ensino médio incompleto	03	17,0
Ensino médio completo	08	44,0
Ensino superior incompleto	02	11,0
Estado civil		
Solteira	06	33,0
Casada	12	67,0
Tempo de trabalho no ramo		
> 5 anos	04	22,0
5 a 10 anos	04	22,0
11 a 15 anos	03	17,0
16 a 20 anos	03	17,0
21 a 25 anos	00	0,0
26 a 30 anos	02	11,0
31 a 35 anos	01	5,0
> 35 anos	01	5,0
Modo como iniciou a profissão		
Aprendeu sozinha	13	72,0
Curso	05	28,0
Única fonte de renda		
Sim	11	61,0
Não	07	39,0

o ensino fundamental incompleto, curso de qualificação e até um ano de experiência profissional³.

Estudos realizados em Jacareí, SP, e Goiana, PE, encontraram percentuais de 37,5% e 33%, respectivamente, para profissionais de beleza com mais de dez anos de atuação^{9,10}. Essa diferença percentual em relação aos achados deste estudo pode estar relacionada ao fato de que, nesta pesquisa, as entrevistadas foram encontradas por meio de indicação e aquelas que têm um maior tempo de trabalho estão mais propensas a serem conhecidas pela população.

Quando questionadas sobre a possibilidade de adquirir doenças de seus clientes, 94,0% eram conhecedoras deste risco e citaram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (72,0%), hepatites (78,0%) e fungos (39,0%) como doenças passíveis de transmissão. Quando a pergunta alterou o sentido da transmissibilidade, ou seja, se há a possibilidade de transmissão de doenças do profissional para o cliente, 78,0% mostraram-se cientes deste risco (Tabela 2).

Embora quase a totalidade tivesse citado a hepatite como uma doença com risco de transmissibilidade entre clientes e profissional, nenhuma das entrevistadas demonstrou conhecimento preciso acerca desta doença. Este achado discorda dos apontados noutro estudo que evidenciou que 70,0% sabiam o que era a doença e conheciam pelo menos um meio de transmissão¹¹. Outro estudo apontou que apenas 16,7% das manicures entrevistadas demonstraram ter conhecimentos precisos sobre as hepatites virais, principalmente no que se refere aos tipos existentes, etiologia e vacinação como medida preventiva, o que não foi observado nesta pesquisa¹².

O contato com material perfurocortante não esterilizado e com sangue de pessoas contaminadas foi o meio mais citado para a transmissibilidade das hepatites. Relação sexual, cortes ou machucados e transfusão de sangue também foram referidos pelas entrevistadas. Destaca-se que 67,0% compreendiam os riscos de transmissão do vírus da hepatite B inerentes à sua profissão, por meio do material perfurocortante não esterilizado.

Uma pesquisa com manicures e pedicures em São Paulo encontrou que 72% e 85% das entrevistadas não conheciam as formas de transmissão da hepatite B e hepatite C, respectivamente¹³.

Ao serem questionadas sobre o conceito de hepatite, 22,0% não souberam explicar, 28,0% disseram ser uma doença no sangue, 28,0% citaram sintomas como fraqueza, dor nas articulações, moleza, dor nos olhos e pele de cor amarela, 11,0% a classificaram como uma doença sem cura e apenas 11,0% referiram ser uma doença no fígado causada por um vírus. Foram citados como meios de contaminação: materiais perfurocortantes contaminados (66,7%), contato com sangue, cortes e machucados (58,3%), relação sexual (11,0%), beijo (11,0%), transfusão de sangue (5,5%) e pelo ar (5,5%) (Tabela 2).

Em se tratando da cobertura vacinal para hepatite B, 78,0% afirmaram ter se imunizado com as três doses, enquanto 5,0% informaram estar com o esquema vacinal incompleto e 17,0% nunca receberam nenhuma das doses (Tabela 2). No entanto, estes dados de cobertura vacinal não foram comprovados por meio da apresentação do cartão de vacinas. Dados semelhantes



foram encontrados em outro estudo no qual 73,2% das manicures afirmaram ser vacinadas e 26,2%, não¹⁴.

Quanto à conceituação para Aids, 16,6% informaram não saber conceituar, 50,0% afirmaram ser uma doença sexualmente transmissível (DST), 16,6% classificaram como doença causada por um vírus e 16,6% disseram ser uma “doença horrível, terrível, o fim do mundo” e “um ato de irresponsabilidade” (Tabela 2).

Observou-se que as entrevistadas compreendiam que a Aids é uma doença transmissível embora não soubessem conceituá-la. Ao atribuírem expressões negativas, demonstraram receio para com

Tabela 2. Conhecimentos das manicures sobre os riscos biológicos relacionados à sua profissão. Mamanguape, PB, 2014.

Variáveis	n	%
Possibilidade de adquirir doenças de clientes		
Sim	17	94,0
Não	01	6,0
Doenças passíveis de serem adquiridas dos clientes		
Aids	13	72,0
Hepatites	14	78,0
Fungos	07	39,0
Possibilidade de transmitir doenças para clientes		
Sim	14	78,0
Não	04	22,0
Conceituação das hepatites		
Não souberam conceituar	04	22,0
Doença no sangue	05	28,0
Descrição de sintomas	05	28,0
Doença sem cura	02	11,0
Doença no fígado causada por vírus	02	11,0
Transmissibilidade das hepatites		
Materiais perfurocortantes contaminados	12	67,0
Contato com sangue contaminado	11	59,0
Relação sexual	02	11,0
Beijo	02	11,0
Transfusão de sangue	01	5,0
Ar	01	5,0
Vacinação para hepatite B		
Todas as doses	14	78,0
Doses incompletas	01	5,0
Nenhuma das doses	03	17,0
Conceituação de Aids		
Não souberam conceituar	03	17,0
Doença sexualmente transmissível	09	50,0
Doença causada por vírus	03	17,0
Doença “horrível”, “terrível”, “o fim do mundo”	03	17,0
Transmissibilidade do HIV		
Relação sexual	18	100,0
Materiais perfurocortante contaminados	12	67,0
Contato com sangue contaminado	11	62,0
Beijo, saliva, uso de mesmo copo/talher	05	28,0

a doença. Apenas 17,0% fizeram menção à etiologia da doença (origem viral) e 17,0% afirmaram não ter conhecimento sobre a questão, mesmo diante da divulgação realizada pela mídia.

Questionando manicures e pedicures sobre o conceito da Aids, pesquisadores evidenciaram que 33,7% utilizaram expressões negativas, 23,5% citaram suas formas de transmissão, 4,6% fizeram referência a sua etiologia e 10,7% não responderam à pergunta¹².

Quanto à transmissibilidade do HIV foram citados: relação sexual (100,0%), material perfurocortante contaminado (66,7%), contato com sangue contaminado (61,1%) e beijo, saliva, uso de mesmo copo/talheres (27,8%) (Tabela 2).

Numa pesquisa que entrevistou 149 profissionais de beleza em Salvador, BA, sobre a transmissibilidade da Aids, verificou-se que 40,3% mencionaram como forma de transmissão as relações sexuais sem o uso de preservativo e 30,2% por meio de contato com sangue contaminado ou transfusão e doação de sangue, além de leite materno, saliva e secreções¹².

O manuseio de objetos perfurocortantes contaminados e não esterilizados (alicates, seringas, tesouras e palitos) foi citado por 67% dos entrevistados como uma das formas de contaminação pelo HIV. Acidentes com materiais perfurocortantes são considerados fatores de risco para os profissionais da área de saúde, uma vez que são capazes de veicular patógenos presentes no sangue como o HIV e os vírus das hepatites B e C^{15,16}.

As manicures e pedicures também estão susceptíveis a este tipo de contaminação, pelo fato de utilizarem materiais perfurocortantes em seu trabalho¹⁶.

Das entrevistadas deste estudo, 28,0% citaram, como forma de transmissão do HIV, a saliva, o beijo e o contato com utensílios utilizados pelo infectado, como o copo (Tabela 2). Embora a presença do HIV tenha sido constatada no suor, lágrima, urina, secreções nasais e saliva, são líquidos biológicos sem risco de transmissão ocupacional, exceto a saliva em ambientes odontológicos, onde a presença de sangue contaminado possa torná-los materiais infectantes¹⁷.

Quando questionadas sobre as medidas adotadas para prevenção dos riscos de contaminação por microrganismos, 79,0% citaram realizar a esterilização em autoclave, 11,0%, a seleção de clientes, 11,0%, o uso de luvas, 11,0% pedem para o cliente trazer seu próprio kit (11%), 11,0% realizam a esterilização em água quente e 6,0%, a lavagem do material. As que fazem a seleção de clientes afirmam atender apenas mulheres casadas ou conhecidas e não atendem homossexuais ou pessoas estranhas (Tabela 3).

Por se tratar de um estudo descritivo, não teve como objetivo verificar a realização da esterilização dos materiais, portanto, não podemos afirmar se este procedimento está dentro das normas preconizadas ou até mesmo se eram realizados, pois os dados apresentados dependem da afirmação dos entrevistados.

Causa ainda preocupação a “seleção dos clientes” relatada nas entrevistas. O senso comum acredita poder identificar portadores do HIV por características tais como: magros, gays, prostitutas



ou usuários de drogas. No entanto, com o avanço sobre o conhecimento da doença, a distinção de “grupo de risco” não é mais utilizada, considerando-se o “comportamento de risco”, pois o vírus passou a se espalhar de forma geral, não se concentrando em grupos específicos¹⁸.

Pesquisa realizada no Distrito Federal com pessoas heterossexuais casadas ou em união estável mostrou, nos últimos doze meses, o uso de preservativos em todas as relações por 14% dos indivíduos; 17% relataram relacionamentos extraconjugais, dos quais 71% eram do sexo masculino. Dentre os entrevistados que tiveram relações sexuais extraconjugais, 9% não

utilizaram preservativo¹⁹. Mulheres casadas, portanto, apresentam um quadro de vulnerabilidade à infecção pelo HIV, fortalecendo a concepção de que a seleção de clientes não é uma medida preventiva recomendada.

Em relação à frequência com que os clientes levam seu próprio *kit*, observou-se que 17,0% sempre o levam, 28,0%, às vezes, 39,0%, raramente e 16,0%, nunca (Tabela 3).

Entre as medidas de biossegurança que podem ser adotadas, uma das mais eficientes para evitar uma infecção cruzada é que cada pessoa tenha seu próprio *kit*, recomendação do Ministério da Saúde²⁰. Considerando-se a baixa frequência dos clientes que levam seus *kits*, supõe-se que estes desconhecem os riscos de contaminação ou têm confiança nos processos de esterilização realizados pelas manicures.

A maioria refere não fazer uso de luvas em momento algum do procedimento e todas relataram a dificuldade de manuseio do equipamento como justificativa. Quando usam, não realizam a troca entre os clientes, conferindo proteção apenas à profissional, mas não aos clientes (Tabela 3).

A baixa frequência no uso de luvas, também foi relatada por outros autores, observando que 27,8% das manicures/pedicures utilizam luvas de procedimento apenas quando percebem risco ou sabem que o cliente é portador de alguma doença e, entre aqueles que relataram usar luvas, 17,6% pontuaram reutilizá-las entre os clientes²¹.

Em outro estudo foi notado que todas as profissionais afirmaram já ter entrado em contato com sangue sem estar utilizando luvas, dentre as quais 54% não realizaram qualquer ação e 46% relataram vários erros, tais como limpar suas mãos em toalhas utilizadas durante as sessões dos clientes¹³.

Foi relatada a lavagem das mãos por 78,0% das entrevistadas, antes e depois do procedimento, e por 22,0% ao término (Tabela 3). No entanto, como as entrevistadas realizam o atendimento na própria residência, acredita-se não se dispor de uma estrutura adequada, especialmente de uma pia próximo ao local de trabalho, o que sugere que estes dados não sejam fidedignos, sendo necessário um estudo do tipo observacional para certificação dos resultados encontrados.

Pesquisa realizada em salões de beleza de São Paulo com 100 manicures mostrou que 74% das profissionais afirmaram lavar as mãos antes e depois de cuidar das mãos e pés das clientes, no entanto foi constatado que esse procedimento não foi adotado enquanto a pesquisadora permaneceu no salão observando o atendimento¹³.

Foi referido por 39,0% já terem entrado em contato com sangue de clientes sem o uso de luvas (Tabela 3). Três destas profissionais, espontaneamente, afirmaram ter sentido receio de contrair suas clientes ao parar o procedimento para lavagem das mãos, pois estas poderiam questioná-las se estavam com medo de contrair alguma doença.

Tabela 3. Medidas de biossegurança adotadas por manicures. Mamanguape, PB, 2014.

Variáveis	n	%
Medidas de prevenção adotadas pelas manicures		
Esterilização em autoclave	14	79,0
Seleção de clientes	02	11,0
Uso de luvas	02	11,0
Pedir para que o cliente traga o próprio <i>kit</i>	02	11,0
Esterilização em água quente	02	11,0
Lavagem do material	01	6,0
Frequência com que os clientes levam seu próprio <i>kits</i>		
Sempre	03	16,0
Às vezes	05	27,0
Raramente	07	39,0
Nunca	03	16,0
Uso de luvas		
Sim	03	16,0
Não	12	68,0
Às vezes	03	16,0
Frequência de lavagem das mãos		
Antes e depois do procedimento	14	78,0
Antes do procedimento	00	0,0
Depois do procedimento	04	22,0
Já entrou em contato com sangue do cliente sem o uso de luvas		
Sim	07	39,0
Não	10	56,0
Não lembra	01	5,0
Limpeza do material		
Álcool	03	17,0
Acetona	03	17,0
Sabão	08	47,0
Água sanitária	01	5,5
Álcool 70	01	5,5
Não realiza limpeza	01	5,5
Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI)		
Avental	2	11,0
Máscara	2	11,0
Gorro	1	5,5
Sapato fechado	1	5,5
Nenhum	12	67,0



A limpeza dos materiais também foi abordada pela pesquisa. Entende-se por limpeza o processo que retira sujidade (sangue, pus e outros resíduos) de artigos, reduzindo a carga microbiana e diminuindo os riscos biológicos e a transmissão de micro-organismos, quando diante de um acidente envolvendo material perfurocortante²². Observou-se que 47% seguem o processo preconizado pela VISA, ou seja, a lavagem com água e sabão.

É orientação da VISA que os materiais sejam lavados e escovados com sabão líquido, em água corrente abundante. Recomenda-se ainda que o profissional que realiza a lavagem utilize, para sua segurança, avental plástico, máscara, óculos de acrílico, luvas emborrachadas; para, em seguida, enxaguar, secar e acomodar o material em embalagem apropriada para o processo de esterilização²³.

Observou-se que 67,0% não fazem uso de nenhum equipamento de proteção individual (EPI), o que é obrigatório a todos os trabalhadores brasileiros desde o estabelecimento da norma regulamentadora NR6, em 1978²⁴.

Em se tratando de risco de contato com material biológico, o uso do EPI se apresenta como uma medida universal, por isso o uso de luvas para a prevenção do contato com o sangue deve ocorrer para todas as situações em que haja risco, e não somente após a exposição sanguínea ter acontecido^{25,26}.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa identificou questões importantes que envolvem o risco individual e coletivo relacionados à atuação de manicures/pedicures num município de pequeno porte. Não podemos fazer generalizações a partir do estudo realizado, haja vista as limitações impostas pelo método escolhido, que foi descritivo e não observacional, e depende, portanto, da fala dos entrevistados, sem a comprovação de suas afirmações. A amostragem do tipo não probabilística, adotada no estudo, também não permite generalizações para a população. Entretanto, foi possível identificar uma força de trabalho essencialmente feminina, com mais de dez anos de atuação, que iniciou a profissão sem curso de qualificação específico e continua atuando sem atualizações. Situação que se reflete no desconhecimento quanto aos riscos aos quais estão expostas e que também expõem seus clientes no exercício profissional, resultando no fato de não adotarem as medidas de biossegurança de forma adequada.

Diante da situação descrita, destaca-se a necessidade de atenção à atuação desses profissionais pelas vigilâncias sanitárias municipais, promovendo ações capazes de reduzir os riscos no exercício profissional, a exemplo de cursos de aperfeiçoamento, fornecendo informações referentes aos riscos de transmissibilidade de doenças e medidas de biossegurança que devem ser adotadas para uma prática profissional segura e eficiente, que possa proteger a saúde de cada uma destas profissionais bem como daqueles que fazem uso de seus serviços.

REFERÊNCIAS

1. Dweck RH. A beleza como variável econômica: reflexo nos mercados de trabalho e de bens e serviços. Rio de Janeiro: IPEA; 1999[acesso 30 set 2015]. (Texto para discussão, vol 618). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0618.pdf
2. Sebrae SP. São Paulo: Sebrae; c2012-5. Sebrae-SP leva orientação a empresas de beleza e estética. 8 mar 2012[acesso 22 jul 2015]. Disponível em: <http://www.sebraesp.com.br/index.php/23-noticias/comercio-e-servicos/3611-sebrae-sp-leva-orientacao-a-empresas-de-beleza-e-estetica>
3. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria nº 397, de 9 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Diário Oficial União. 10 out 2002;Seção 1.
4. Harris-Roberts J, Bowen J, Sumner J, Stocks-Greaves M, Bradshaw L, Fishwick D et al. Work-related symptoms in nails balon technicians. *Occup Med (Lond)*. 2011;61(5):335-40. doi:10.1093/occmed/kqr096
5. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Lei nº 12.592, de 18 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o exercício das atividades profissionais de Cabeleireiro, Barbeiro, Esteticista, Manicure, Pedicure, Depilador e Maquiador. Diário Oficial União. 20 jan 2012.
7. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União. 20 set 1990.
8. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial União. 10 jan 2007.
9. Diniz AF, Matté GR. Procedimentos de biossegurança adotados por profissionais de serviços de embelezamento. *Saúde Soc*. 2013;22(3):751-9. doi: 10.1590/S0104-12902013000300009
10. Garcia KAP, Bento CF, Costa, KF. Riscos ocupacionais de uma amostra dos profissionais da beleza do município de Goiânia. *Rev Visão Acad*. 2012.
11. Carvalho KB, Santos IB, Tamada A, Montes EG, Borges CL. Percepção de manicures e pedicures frente à hepatite B em salões de beleza de Ponta Grossa. In: Anais do 9o CONEX - Encontro Conversando sobre Extensão na UEPG; 1-3 jun 2011; Ponta Grossa. Ponta Grossa: UEPG; 2011. p. 1-6.
12. Moreira ACA, Silva FL, Silva JK, Carvalho JLM. Grau de informações dos profissionais de salões de beleza sobre AIDS e hepatite. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2013;12(3):359-66. doi:10.9771/2236-5222cmbio.v12i3.6937



13. Oliveira ACDS, Focaccia R. Survey of hepatitis B and C infection control: procedures at manicure and pedicure facilities in São Paulo, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2010;14(5):502-7. doi:10.1590/S1413-86702010000500013
14. Melo FCA, Isolani A. Hepatite B e C: do risco de contaminação por materiais de manicure/pedicure à prevenção. *Rev Saúde Biol*. 2011;6(2):72-8.
15. Amaral AS, Sousa AFS, Ribeiro AS, Oliveira MAN. Acidentes com material perfurocortante entre profissionais de saúde em hospital privado de Vitória da Conquista-BA. *Sitientibus*. 2005;(33):101-14.
16. Oliveira AC, Gonçalves JA. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):482-7. doi:10.1590/S0080-62342010000200034
17. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004[acesso 8 set 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_acidentes_final_0.pdf
18. Ministério da Saúde (BR), Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Dúvidas frequentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015[acesso 8 set 2015]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/2010/44019>
19. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):242-8. doi:10.1590/S0034-89102008005000004
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. A B C D E das hepatites virais para agentes comunitários de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
21. Garbaccio JLG, Oliveira AC. O risco oculto no segmento de estética e beleza: uma avaliação do conhecimento dos profissionais e das práticas de biossegurança nos salões de beleza. *Texto Contexto - Enferm*. 2013;22(4):989-98. doi:10.1590/S0104-07072013000400015
22. Richtmann R. Guia prático de controle de infecção hospitalar. São Paulo: Soriak; 2005.
23. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Coordenação de Vigilância em Saúde. Beleza com segurança: guia técnico para profissionais. São Paulo: Covisa; 2009[acesso 28 abr 2015]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/beleza_com_seguranca_atualizado_1259679281.pdf
24. Ministério do Trabalho e Previdência Social (BR). NR N° 06, de 08 de junho de 1978. Equipamento de Proteção Individual - EPI. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Previdência Social; 1978[acesso 20 abr 2014]. Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/>
25. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007[acesso 28 abr 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>
26. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria n° 1.748, de 30 de setembro de 2011. Anexo III da Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço de Saúde. Diário Oficial União. 31 set 2011.

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.