

Procedimentos de biossegurança adotados por profissionais de serviços de embelezamento

Biosafety procedures adopted by beauty professionals

Andréia Ferreira Diniz

Mestre em Saúde Pública. Farmacêutica da Vigilância Sanitária de Jacareí, SP.

Endereço: Av. Antunes da Costa, 60, Centro, CEP 12308-640, Jacareí, SP, Brasil.

E-mail: afdinizcortelli@yahoo.com.br

Glavur Rogério Matté

Professor Doutor do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: grmatte@usp.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar procedimentos de biossegurança adotados por profissionais de manicure, pedicure, tatuagem, *piercing* e maquiagem definitiva em Jacareí-SP. Utilizou-se abordagem descritiva e observacional de corte transversal. A pesquisa de campo foi realizada entre maio e junho de 2011. Foram feitas quarenta entrevistas com profissionais de estabelecimentos localizados no centro e nos dez bairros mais populosos. Utilizou-se questionário para avaliar conhecimentos e atitudes dos profissionais e um formulário para a observação de seus procedimentos e estrutura física dos estabelecimentos. Verificou-se falta de conhecimento sobre biossegurança pelos profissionais e deficiência na regulamentação desses serviços. Embora 55% dos profissionais tenham realizado treinamento, seus procedimentos e a infraestrutura dos estabelecimentos foram favoráveis à transmissão de doenças. Sobre os processos de limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentais, nenhum dos entrevistados sabia o tempo e a temperatura ideal para a esterilização, 57,5% tinham equipamento inadequado para sua realização e 80% não tinham termostato ou termômetro no equipamento para a conferência da temperatura. Apenas 57,5% acreditavam que poderiam transmitir doenças durante sua prática profissional. Quarenta e cinco por cento dos entrevistados relataram ter tido contato com sangue sem luvas. Outro problema observado foi a reutilização de materiais descartáveis. Somente 10% possuíam área específica para a esterilização de instrumentais. Evidenciou-se a necessidade de formação de qualidade sobre boas práticas de biossegurança a esses profissionais, além de normas e diretrizes pormenorizadas para a prevenção de infecções nesses serviços, bem como a melhoria da vigilância nesses estabelecimentos.

Palavras-chave: Biossegurança; Tatuagem; *Piercing*; Manicure; Pedicure; Vigilância.

Abstract

The objective of this study was to investigate biosafety procedures adopted by manicure, pedicure, tattoo, piercing and permanent makeup professionals in Jacareí-SP. We used a descriptive, observational and cross-sectional approach. The field research was conducted between May and June 2011. Forty professionals were surveyed in the downtown area and in the ten most populated districts of the municipality. We used a questionnaire to assess knowledge and attitudes of professionals as well as a formulary for the observation of professional procedures and physical structure of establishments. It has been found that professionals lack knowledge on biosafety procedures, and that the regulation of these services was deficient. Although 55% of professionals have attended to training courses, their procedures and establishments' infrastructure were favorable to disease transmission. Regarding the processes for cleaning, disinfecting and sterilizing instruments, none of interviewed knew the ideal time and temperature for sterilization, 57.5% had inadequate equipment for it and 80% had no thermostat or thermometer in the equipment for checking the temperature. Only 57.5% believed they could transmit infectious diseases during their professional practice. Forty-five percent of respondents reported having had contact with blood without wearing gloves. Another problem observed was the reuse of disposable material. Only 10% had a specific area for sterilizing instruments. The results demonstrated the need for providing to these professionals quality training on good biosafety practices and standards, detailed guidelines for the prevention of infections in these services as well as improvement on these establishments' surveillance.

Keywords: Biosafety; Tattooing; Piercing; Manicure; Pedicure; Surveillance.

Introdução

Atualmente, práticas de embelezamento como a tatuagem, a maquiagem definitiva, o *piercing* e a retirada de cutículas têm aumentado entre os brasileiros, sendo comuns entre as diversas classes sociais, em diferentes idades e em ambos os sexos. No entanto, os riscos presentes nessas atividades devem ser considerados, pois podem causar danos à saúde de profissionais e usuários.

Durante essas atividades, são realizados procedimentos invasivos, ocorrendo sangramentos que possibilitam a transmissão de doenças como aids, hepatites B e C (Johnson e col., 2001).

A transmissão pode acontecer, por meio dos instrumentais, de profissional para cliente, entre clientes e de cliente para profissional.

Os materiais e instrumentos utilizados podem se tornar veículos de agentes infecciosos se não forem descartados ou não passarem por descontaminação após cada uso. Serviços de embelezamento que não observam as normas de biossegurança e não adotam procedimentos adequados de desinfecção e esterilização podem transmitir doenças infecciosas e, ainda, provocar lesões dermatológicas (Johnson e col., 2001). A associação entre tratamentos de beleza e transmissão de doenças tem sido demonstrada por diversos pesquisadores (Hellard e col., 2003; Mariano e col., 2004; Worp e col., 2006).

Vale ressaltar que as profissões de tatuador, *piercer*, maquiador definitivo não são formalizadas e as profissões de manicure e pedicure só foram reconhecidas oficialmente no Brasil em janeiro de 2012 pela Lei 12.592 (Brasil, 2012). No entanto, não existem órgãos de classe que autorizem e regularizem o exercício dessas profissões, e o desenvolvimento destas atividades não requer formação específica e nenhuma qualificação.

Apesar dessas profissões não serem formalizadas, os trabalhadores e usuários dos serviços de embelezamento devem ter sua saúde protegida. Para isso, compete à Vigilância Sanitária desenvolver ações que sejam capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação desses serviços (Brasil, 1990). Sendo assim, cabe à vigilância controlar as condições sanitárias em que são realizados

e promover a adesão às normas de biossegurança.

Estudo realizado no Recife constatou que gabinetes de tatuagem e *piercing*, não inspecionados pela Vigilância Sanitária, apresentavam maior deficiência no processo de esterilização dos instrumentais quando comparados aos inspecionados (Silva e col., 2007).

Portanto, o aumento da adesão popular a essas práticas e os riscos à saúde presentes nos serviços de embelezamento estimularam a realização de um estudo cujo objetivo foi conhecer as condições sanitárias em que são realizados. O estudo também procurou identificar a formação e capacitação desses profissionais, a percepção dos riscos inerentes às suas atividades, o uso de equipamentos de proteção individual, os procedimentos de desinfecção, limpeza e esterilização dos instrumentais e a estrutura físico-funcional dos estabelecimentos.

Metodologia

O estudo foi desenvolvido dentro de uma abordagem descritiva, transversal e observacional. A pesquisa de campo foi realizada entre maio e junho de 2011, em Jacareí, cuja população em 2009 era de 212.824 (IBGE, 2010). A população de estudo foi constituída por profissionais de tatuagem, *piercing*, manicure, pedicure e maquiagem definitiva.

A amostra de conveniência foi composta por dez por cento dos serviços de embelezamento existentes no município, de acordo com o Cadastro dos Estabelecimentos Tributados da Secretaria de Finanças de Jacareí, totalizando quarenta estabelecimentos. O uso desse cadastro, e não outro, foi devido ao fato de, em novembro de 2010, existirem no município apenas 12 salões de beleza e 03 estúdios de tatuagem e *piercing* cadastrados no Sistema de Informações em Vigilância Sanitária.

Por tratar-se de um município de médio porte e devido às suas características socioculturais, os principais comércios da cidade estão localizados no centro, onde há maior circulação de pessoas atraídas pela variedade de serviços concentrados numa única região. A maioria dos serviços de embelezamento está nesta área. Por este motivo, vinte entrevistas foram realizadas nos estabelecimentos do centro e as outras vinte realizadas nos bairros

mais populosos, seguindo uma ordem decrescente, conforme Cadastro de População por Bairro obtido juntamente ao Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Jacareí em novembro de 2010.

A amostragem dos serviços foi definida por meio de visita ao centro e aos bairros. Foram levantadas as ruas principais nas quais os comércios estavam localizados. Por meio de estudo transversal, essas ruas foram percorridas e os serviços identificados. Por bairro, foram escolhidos aleatoriamente dois estabelecimentos e realizada uma entrevista em cada, perfazendo um total de dez bairros e vinte entrevistas. Foi entrevistado apenas um profissional por estabelecimento, pois é comum entre trabalhadores de um mesmo local haver o compartilhamento de práticas e atitudes, além do mesmo ambiente. As entrevistas foram realizadas face a face no próprio estabelecimento.

Foi aplicado questionário sobre conhecimentos e atitudes e roteiro de observação da estrutura físico-funcional, no período de maio a junho 2011.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Resultados

Os serviços de tatuagem, maquiagem definitiva e *piercing* foram encontrados apenas no centro de Jacareí. Manicures e pedicures foram encontradas tanto no centro quanto nos bairros.

Dos estabelecimentos pesquisados, apenas 32,5% possuíam cadastro junto à Vigilância Sanitária Municipal.

Dentre os 40 profissionais que constituíram a amostra, 30 eram manicures e pedicures, 06 eram tatuadores e *piercers* simultaneamente, 03 eram somente tatuadores e 01 maquiadora definitiva. Oitenta por cento deles eram do sexo feminino e 62,5% possuíam idade entre 26 e 40 anos. Entre os entrevistados, 70% concluíram o ensino médio, 2,5% possuíam ensino superior completo e nenhum era analfabeto.

Quanto ao tempo de profissão, 37,5% dos sujeitos de pesquisa possuíam mais de 10 anos na atividade, 20% de 6 a 10 anos, 17,5% de 3 a 5 anos, 10% de 2 a 3 anos, 7,5% de 1 a 2 anos e 7,5% menos de 1 ano.

Relacionado à capacitação, 55% dos entrevistados afirmaram ter realizado curso profissionalizante ou de atualização.

Dentre os pesquisados, 95% afirmaram saber o que é aids e seu modo de transmissão, 55% o que é hepatite e sua transmissão. Oitenta e sete e meio por cento acreditam que podem adquiri-las, porém, somente 57,5% acreditam que essas doenças podem ser transmitidas por meio de seus instrumentos e materiais. As doenças mais citadas passíveis de transmissão foram aids, hepatite e micoses.

No que se refere ao uso de equipamentos de proteção individual, 50% dos profissionais afirmaram usar luvas descartáveis para cada cliente. No entanto, verificaram-se situações em que a luva descartável era reutilizada, sendo que os profissionais se justificavam por meio das falas como: “troco a luva quando ela fura”, “lavo a luva com sabão e penduro para secar no banheiro”. Ainda, 27,5% usavam máscara descartável, 7,5% avental e 2,5% luvas de borracha para a limpeza dos instrumentais.

De modo geral, quando questionados sobre o motivo de usarem esses equipamentos de proteção, os principais temas encontrados em suas respostas foram: “para proteção do cliente e do profissional”, “para higiene do serviço (*marketing*)” “para não sujar a roupa” “para não sentir o cheiro do pé da pessoa”.

Ademais, 45% dos sujeitos tiveram contato com sangue de cliente sem estar usando luvas. Os procedimentos mais comuns adotados por eles após o contato foi lavar as mãos e passar álcool. Além dessas condutas, entre as manicures e pedicures há o costume de passar acetona nas mãos.

Quanto aos materiais de uso único, 42,5% dos pesquisados afirmaram reutilizar lixa e/ou palito. Constatou-se o hábito de colocar o palito de madeira no esterilizador ou limpá-lo com álcool e reutilizá-lo. Todos os tatuadores afirmaram descartar a lâmina após depilar o cliente, porém três deles afirmaram usar também a “máquina de barbeiro” onde a lâmina utilizada não é descartável.

Constatou-se que apenas 22,5% dos pesquisados realizavam desinfecção prévia dos instrumentais imergindo-os em solução apropriada.

Outro aspecto relevante observado na pesquisa foi o conhecimento sobre esterilização dos instrumentais, sendo que do total de entrevistados, 67,5% das manicures e pedicures, 100% dos tatuadores, *piercers* e maquiador definitivo afirmaram saber o que era esterilização.

No entanto, as temperaturas usadas para a realização da esterilização variavam entre 90°C e 300°C e o tempo gasto oscilou de 20 minutos até 12h, ou ainda “o dia inteiro”, “de um dia para o outro”. Ademais, 27% dos entrevistados não sabiam qual temperatura seu equipamento atingia e apenas 10% dos equipamentos possuíam termômetro e termostato.

Com relação ao método usado para a esterilização dos materiais, 7,5% dispunham de autoclave, 27,5% de estufa, 57,5% de “forninho”¹, 2,5% estufa e “forninho”, 2,5% de autoclave e estufa, 2,5% não realizavam esterilização.

Dentre os que utilizavam como método de esterilização a estufa ou o “forninho”, 35% deles abriam o aparelho interrompendo o processo de esterilização, apenas 20% deles reiniciavam o processo quando isto acontecia. Além disso, só 5% dispunham de instruções escritas para a realização do processo.

Somente 5% dos sujeitos, todos tatuadores e *piercers*, realizavam manutenção da autoclave e/ou estufa e apenas 5% realizavam controle do processo de esterilização.

Constatou-se que 25% dos entrevistados utilizavam invólucros ao esterilizarem seus materiais, no entanto nenhum deles os identificava com o nome do profissional, data em que foi realizada a esterilização e prazo de validade. Após a esterilização dos materiais, somente 12,5% os armazenavam de forma a assegurar sua manutenção.

No tocante à estrutura física, apenas 7,5% dos profissionais dispunham de pia para a lavagem das mãos próxima ao local de atendimento ao cliente. Além disso, somente 10% possuíam área específica para esterilização dos instrumentais e 2,5% contavam com pia exclusiva para a higienização dos materiais. Os demais usavam a pia do banheiro, o tanque, o lavatório de cabelos, a pia para preparar produtos e tintas ou a mesma pia onde as louças usadas para alimentação eram lavadas.

1 Foi caracterizado como “forninho”, o equipamento que não possuía termostato e/ou local para aferir a temperatura com termômetro.

Referente aos resíduos, dentre os 10 profissionais de tatuagem, *piercing* e maquiagem definitiva, 70% dispunham de recipiente rígido resistente à punção para o descarte de agulhas e objetos perfurocortantes, e 60% dispunham de coleta especial para o lixo infectante.

Discussão e conclusões

Em relação aos aspectos estudados, não foram constatadas diferenças entre os estabelecimentos do centro e dos bairros.

Foram observadas falhas nos processos e nos cuidados referentes à biossegurança tanto nos serviços cadastrados como nos não cadastrados na Vigilância Sanitária, contrariando os resultados encontrados por Silva e colaboradores (2007). Durante o cadastramento do serviço de embelezamento, é realizada inspeção sanitária no local, contudo, uma vez efetivado o cadastrado, não é necessário renová-lo.

Considerando que esta pesquisa não encontrou diferença nos processos de trabalho e cuidados relacionados à biossegurança tanto nos estabelecimentos cadastrados quanto nos não cadastrados, pode-se concluir que o cadastro realizado pela Vigilância Sanitária não garante que processos como limpeza e esterilização sejam adequados. Portanto, é necessária uma maior atuação da Vigilância junto a esses serviços, orientando e fiscalizando o cumprimento das boas práticas.

A maioria dos profissionais de embelezamento entrevistados são adultos jovens, possuem o ensino médio completo e trabalham na área há muito tempo, contudo estas características não garantem o cumprimento das boas práticas.

Em que pese mais da metade dos profissionais afirmarem ter realizado curso de capacitação, verificou-se que seus procedimentos de biossegurança eram realizados erroneamente, demonstrando que esses treinamentos eram insuficientes, corroborando com o resultado encontrado por Hellard e colaboradores (2003) em estudo realizado com *piercers* na Austrália. Provavelmente, esses cursos não estão preparando-os adequadamente para o a execução de procedimentos de biossegurança. Tal fato pode ser devido à falta de regulamentação dessas profissões no País e à inexistência de cursos de

formação reconhecidos. O Reino Unido também enfrenta dificuldade semelhante, visto que apesar de a regulamentação exigir treinamentos adequados, não há nenhum curso de qualificação reconhecido (Griffith e Tengnah, 2005).

Os profissionais sabiam, à sua maneira, o que é aids e seu modo de transmissão. Todavia, pouco mais da metade afirmou saber o que é hepatite e o modo de transmissão da doença, sendo que muitos a definiram de maneira vaga e incorreta corroborando com outros estudos (Hellard e col., 2003; Hepworth e Murtagh, 2005). Não há dúvidas que a aids, comparada à hepatite, é uma doença com maior cobertura pela mídia e pelos programas oficiais. É necessária maior conscientização desses trabalhadores sobre transmissão e prevenção de doenças infecciosas.

Não obstante todos os entrevistados afirmarem saber como se prevenir para não adquirir essas doenças, somente metade usava algum equipamento de proteção individual. Manicures e pedicures que responderam ser necessário usar luvas para sua proteção, contraditoriamente não as usavam e se explicavam em falas como “a luva atrapalha” ou “não acostumo com a luva”. O fato de 45% dos sujeitos terem tido contato com sangue de cliente sem estar usando luvas demonstra o quanto estão expostos aos agentes infecciosos.

O discurso dos entrevistados sobre procedimentos para controle de infecção era diferente de suas práticas, assim como no estudo de Raymond e colaboradores (2001). Embora possuam informações sobre os riscos existentes, suas ações não eram condizentes com este conhecimento. A percepção do risco de adquirirem doenças durante o exercício profissional não é suficiente para transformar suas práticas. Esta realidade pode ser explicada por meio da má formação dos profissionais, pela deficiência na capacitação, pelos custos envolvidos na prevenção de riscos ou até mesmo pela falha na fiscalização e orientação.

Uma dificuldade mencionada pelos tatuadores sobre equipamentos de proteção individual relaciona-se ao fato de precisarem apoiar seu braço sobre o corpo do cliente para obter firmeza ao tatuar. Contudo, quando o desenho a ser tatuado é grande, ocupando uma longa extensão, o profissional entra em contato com áreas já tatuadas que apresentam sangramento.

Para não ficarem com a pele do braço exposta ao contato direto com sangue, é prática comum entre eles envolver os braços em filme plástico, idealizados para embalar alimentos, pois o avental é permeável e as luvas vão somente até o pulso. Segundo eles, não há disponível no mercado equipamento de proteção eficaz para esta parte do corpo.

Além disso, conforme constatado em outros estudos, observou-se frequente reutilização de materiais de uso único como luvas descartáveis, lixas e palitos. Tal prática pode ser um meio de transmissão de doenças e a principal preocupação é que um corte causado por um material reutilizado transmita infecções (Johnson e col., 2001; Oliveira e Focaccia, 2010). Portanto, esses profissionais precisam conhecer os riscos presentes na reutilização de materiais descartáveis.

Alguns sujeitos que usavam equipamentos de proteção individual e que descartavam materiais de uso único o faziam para o *marketing* do seu serviço, ou seja, sua motivação era conquistar o cliente, e não a prevenção de doenças e a proteção da saúde.

Chama a atenção a consciência que os entrevistados dispunham sobre a necessidade de higienizar os materiais e de submetê-los ao calor por determinado tempo. Entretanto, o uso de tempo e temperatura diferentes do preconizado evidenciou o desconhecimento sobre o assunto e os erros na esterilização. Nenhum dos pesquisados sabia a relação tempo/temperatura ideal para a esterilização de seus instrumentais. Vale lembrar que para garantir a eficácia da esterilização, a temperatura utilizada deve ser de 170°C por uma hora ou 160°C por duas horas (ANVISA, 2000; Brasil, 1994, 2000; São Paulo, 1995).

Dentre os que afirmaram realizar a esterilização numa certa temperatura, alguns não dispunham de termômetro nem termostato em seus aparelhos, impossibilitando a conferência.

Durante a realização do estudo, observaram-se diferentes métodos de esterilização, sendo um dos mais utilizados o chamado “forninho”. Todavia ele não possui termostato e nem mesmo local para aferir a temperatura com termômetro. Sendo assim, pode-se afirmar que esse equipamento não é adequado para a esterilização dos instrumentais.

Além de a maioria dos entrevistados não realizar a desinfecção prévia dos instrumentais, não respei-

tar o tempo e a temperatura ideal para a esterilização, abrir o equipamento interrompendo o processo de esterilização, não possuir POPs (procedimento operacional padrão), não realizar a manutenção preventiva e corretiva de seus equipamentos e nem o controle do processo, também não embalavam nem armazenavam os instrumentais adequadamente. O estudo evidencia a necessidade de orientá-los quanto à maneira correta de realizar a desinfecção, limpeza e esterilização e à importância de todas as etapas do processo. Portanto, devem ser ofertados a esses profissionais treinamentos com qualidade sobre boas práticas e biossegurança.

Apesar de 92% dos entrevistados afirmarem lavar as mãos entre um cliente e outro, a inexistência de pia próximo ao local de atendimento sugere que essa prática não está sendo realizada de forma adequada.

As falhas quanto ao acondicionamento e descarte de materiais cortantes e infectantes revelam a necessidade da implantação do gerenciamento de resíduos na rotina dos prestadores de serviços de embelezamento.

Outro aspecto importante é a legislação que regulamenta o setor. O município de Jacaréí adota o Código Sanitário do Estado de São Paulo e utiliza, para as inspeções nos serviços de manicure e pedicure, o Roteiro de Inspeção em Salões de Beleza da Resolução SS-196 (São Paulo, 1998). Esta Resolução não fornece instruções para a realização de procedimentos adequados, limitando-se à estrutura física, que apesar de importante, não é suficiente para garantir o cumprimento das boas práticas. Sendo assim, para a prevenção de infecções, é necessário disponibilizar a esses profissionais normas claras e orientações detalhadas.

Oliveira e Focácia (2010) em sua pesquisa com manicures e pedicures na cidade de São Paulo, também indica a necessidade de uma melhor regulamentação desses serviços pelas autoridades sanitárias competentes.

Raymond e colaboradores (2001), em seu estudo sobre controle de infecção entre tatuadores, referem que em regiões onde existe regulamentação sobre biossegurança nos serviços de embelezamento, os profissionais que nelas atuam realizam melhor controle de infecção do que em locais onde não há normatização.

Já os serviços de tatuagem e *piercing* dispõem de legislação mais específica, a Portaria CVS 12 (São Paulo, 1999). Contudo, ela apresenta lacunas e não contempla instruções sobre descontaminação, limpeza, esterilização e controle em processo.

Além do mais, as regulamentações dos serviços de embelezamento não levam em conta um aspecto muito importante: a capacitação profissional. Diferentemente, nos Estados Unidos da América, alguns estados possuem normatização abrangente que contempla a formação dos tatuadores e *piercers*, incluindo a educação continuada obrigatória e a aplicação de um exame escrito. Além disso, definiram também o currículo e o número de horas necessárias para a formação profissional (Armstrong, 2005).

De modo geral, nos últimos anos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem regulamentado outros setores de forma clara, orientando desde boas práticas, estrutura física, recursos humanos, procedimentos, materiais e equipamentos até a garantia da qualidade. No entanto, não há normatização federal que contemple os serviços de embelezamento.

Vale ressaltar que a posição atual da ANVISA é enfatizar suas ações nas atividades de alta complexidade, deixando aos Estados e Municípios a responsabilidade da fiscalização e regulamentação complementar dos serviços de baixa complexidade, nos quais se enquadram os serviços de embelezamento. Entretanto, poucos municípios normatizaram a prestação desses serviços. Considerando a diversidade do País e as dificuldades encontradas pelas Vigilâncias locais, caberia à ANVISA, como órgão regulador, disponibilizar informes técnicos e recomendações sobre as boas práticas para o segmento, padronizando requisitos mínimos e balizando Estados e Municípios, seguindo o exemplo de outro país, onde há disponível um código modelo e orientações sobre arte corporal que são usados como referência pelos estados ao regulamentarem esses serviços (Armstrong, 2005).

Devido ao risco de transmissão de doenças por meio dessas práticas, muitos países, como a Austrália, têm desenvolvido regulamentos visando o controle de infecção e prevenção de doenças relacionadas aos serviços de embelezamento (Oberdorfer e col., 2003). Na Itália, um decreto de 2004 impõe aos

profissionais de arte corporal protocolos de higiene, capacitação e educação em saúde, e também o monitoramento dos estúdios (Armstrong e col., 2007). Em Amsterdã, Holanda, a regulamentação sanitária para os serviços de tatuagem, *piercing* e maquiagem definitiva está em vigor desde 1987, porém essas diretrizes são atualizadas regularmente devido às frequentes mudanças nas técnicas e materiais envolvidos (Worp e col., 2006).

As limitações do presente estudo decorrem do fato de os trabalhadores informais, aqueles que atendem na residência do cliente ou em seu próprio domicílio, terem sido excluídos desta pesquisa, pois não possuem local fixo e/ou identificável para trabalhar. Nos estabelecimentos formais, foi constatada enorme falha no cumprimento das boas práticas, embora sua estrutura físico-funcional tenha sido idealizada para a prestação do serviço de embelezamento. A partir desta premissa, pode-se deduzir que o risco de transmissão de doenças pode ser maior nas práticas dos profissionais ambulantes, pois vão de casa em casa carregando seu material. É improvável que levem consigo instrumentais suficientes para a troca a cada cliente ou que carreguem esterilizador e até mesmo que permaneçam na mesma residência o tempo necessário para completar o ciclo da esterilização, não possuindo, portanto, condições de realizar a limpeza, desinfecção e esterilização de seus instrumentais. Também são grandes as chances de aqueles que atendem em seu próprio domicílio não possuírem instalações adequadas, mas um ambiente de trabalho improvisado. A realidade da prestação de serviços de embelezamento por estes profissionais pode ser ainda pior do que a observada.

Referências

- ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Curso básico de controle de infecção hospitalar: Caderno C: métodos de proteção anti-infecciosa*. Brasília, DF, 2000.
- ARMSTRONG, M. L. Tattooing, body piercing and permanent cosmetics: a historical and current view of state regulations, with continuing concerns. *Journal of Environmental Health*, Denver, v. 67, n. 8, p. 38-43, 2005.

- ARMSTRONG, M. L. et al. The whole picture: risks, decision making, purpose, regulations, and the future of body piercing. *Clinics in Dermatology*, Philadelphia, v. 25, p. 398-406, jul. 2007.
- BRASIL. Lei nº 8080, 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 da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 018055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas*. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Lei nº 12592, de 18 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o exercício das atividades profissionais de cabeleireiro, barbeiro, esteticista, manicure, pedicure, depilador e maquiador. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 19 jan. 2012. p.1.
- GRIFFITH R.; TENGNAH, C. Public health 3: legal regulation of tattooing and body art. *British Journal of Community Nursing*, Reino Unido, v. 10, n. 12, p. 575-579, 2005.
- HELLARD, M. et al. Investigation of infection control practices and knowledge of hepatitis C among body-piercing practitioners. *American Journal of Infection Control*, New York, v. 31, n. 4, p. 215-220, 2003.
- HEPWORTH, J.; MURTAGH, M. Correct procedures and cutting corners: a qualitative study of women's occupational health and safety in a beauty therapy industry. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Camberra, v. 29, n. 6, p. 555-557, 2005.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil das cidades*. Jacareí, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=352440>> Acesso em: 22 jul. 2013 .
- JOHNSON, I. L. et al. Survey of infection control: procedures at manicure and pedicure establishments in North York. *Revue Canadienne de Santé Publique*, North York, v. 92, n. 2, p. 134-137, 2001.
- MARIANO, A. et al. Role of beauty treatment in the spread of parenterally transmitted hepatitis viruses in Italy. *Journal of Medical Virology*, New York, v. 74, n. 2, p. 216-220, 2004.
- OSBERDORFER, A. et al. Infection control practices among tattooists and body piercers in Sydney, Australia. *American Journal of Infection Control*, New York, v. 31, n. 8, p. 447-456, 2003.
- OLIVEIRA, A. C. D. S.; FOCACCIA, R. Survey of hepatitis B and C infection control: procedures at manicure and pedicure facilities in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Disease*, Salvador, v. 14, n. 5, p. 502-507, 2010.
- RAYMOND, M. J. et al. Infection control among professional tattooists in Minneapolis and St. Paul, MN. *Public Health Reports*, Washington, DC, v. 116, n. 3, p. 249-256, 2001.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 374, de 15 de dezembro de 1995. Altera a norma técnica sobre a organização do centro de material e noções de esterilização. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 16 dez. 1995. Disponível em: <<http://www.forp.usp.br/restauradora/etica/sanitaria/95re374/95re374.html>>. Acesso: 22 jul. 2013.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 196, de 29 de dezembro de 1998. Roteiros e guias de inspeção em vigilância sanitária. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, Seção 1, p. 42, 31 dez. 1998.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS nº 12, de 30 de julho de 1999. Dispõe sobre os estabelecimentos de interesse à saúde denominados gabinetes de tatuagem e gabinetes de piercing e dá providências correlatas. São Paulo, 07 ago. 1999. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=87AD6Fo824BA5F2F5DE8E1B447145511.node2?codteor=511681&filename=LegislacaoCitada+PL+2104/2007> Acesso em: 22 jul. 2013.

SILVA, L. F. M. et al. Informações sobre as práticas do processo de esterilização dos tatuadores e “*piercers*” do Recife - PE 2006. *Revista de Vigilância Sanitária*, São Paulo, v. 3, n. 1/2/3, p. 313-319, 2007.

WORP, J. Tattooing, permanent makeup and piercing in Amsterdam; guidelines, legislation and monitoring. *Eurosurveillance*, Stockolm, v. 11, n. 1, p. 34-36, 2006.

Recebido em: 22/05//2012
Aprovado em: 18/03/2013