
Avaliação da prevalência de dermatites de contato ocupacionais em profissionais da beleza atuantes em Goiânia, Goiás, Brasil

Evaluation of the prevalence of occupational contact dermatitis in beauty professionals working in Goiania, Goiás, Brazil

Cláudia Maria Duque de Sousa¹, Clayson Moura Gomes¹, Leonardo Luiz Borges¹, Gysella Santana Honório de Paiva², Hermínio Maurício da Rocha Sobrinho²

¹Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia-GO, Brasil; ²Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética da Universidade Estadual de Goiás – UEG, Goiânia-GO, Brasil.

Resumo

Objetivos – Avaliar a prevalência das dermatites de contato (DC) ocupacionais, destacando os principais tipos de cosméticos indutores, o conhecimento dos participantes sobre a doença, o seu diagnóstico e tratamento em uma amostra de 378 profissionais da beleza atuantes em Goiânia, Goiás. **Métodos** – Estudo transversal descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa. **Resultados** – Um total de 43,9% dos participantes deste estudo declararam apresentar DC após exposição a produtos cosméticos no trabalho. Cerca de 64,0% dos participantes desta pesquisa não demonstraram conhecimento satisfatório relacionado aos principais agentes causadores diretos das DC ocupacionais. As tinturas e descolorantes capilares, produtos para alisamentos capilares e produtos para maquiagem foram os cosméticos mais relacionados com o desenvolvimento das DC ocupacionais nestes profissionais. As regiões corporais dos profissionais mais afetadas pelas lesões das DC ocupacionais foram as mãos, o couro cabeludo e a face. A partir do diagnóstico da DC 25,8% dos profissionais tiveram que mudar de atividade laboral dentro do seu segmento de trabalho. Cerca de 28,8% dos profissionais apresentaram conhecimento insatisfatório sobre as principais medidas de prevenção das DC ocupacionais. **Conclusão** – A implementação ou aprimoramento de programas preventivos primários eficazes, pelos estabelecimentos e instituições formadoras destes profissionais é primordial para a redução da prevalência das dermatites ocupacionais. O conhecimento e a conscientização sobre fatores de risco individuais pela categoria é extremamente importante, especialmente nos aprendizes, que constituem um grupo-alvo para a execução de medidas de prevenção primária.

Descritores: Cabeleireiros; Manicures; Cosméticos; Dermatite ocupacional

Abstract

Objectives – To evaluate the prevalence of occupational contact dermatitis (CD), highlighting the main types of inductive cosmetics, the participants' knowledge about the disease, its diagnosis and treatment in a sample of 378 beauty professionals working in Goiania, Goiás. **Methods** – Descriptive, prospective cross-sectional study with a quantitative approach. **Results** – A total of 43.9% of the participants in this study reported having CD after exposure to cosmetic products at work. About 64.0% of the participants of this research did not demonstrate satisfactory knowledge related to the main direct causative agents of occupational CD. Hairdye and bleaching agents for hair, hair straighteners and make-up products were the cosmetics most associated with occupational CD in these professionals. The body regions of the professionals most affected by occupational DC injuries were the hands, scalp and face. From the diagnosis of CD 25.8% of the professionals had to change their work activity within their work segment. About 28.8% of the professionals presented unsatisfactory knowledge about the main measures of prevention of occupational DC. **Conclusion** – The implementation or improvement of effective primary prevention programs by the institutions and training institutions of these professionals is necessary to reduce the prevalence of occupational dermatitis. Knowledge and awareness of individual risk factors by category is extremely important, especially for apprentices, who are a target group for the implementation of primary prevention measures.

Descriptors: Hairdressers; Manicurists; Cosmetics; Occupational dermatitis

Introdução

Os profissionais da beleza são expostos, continuamente, a numerosas substâncias químicas, tanto irritantes quanto alergênicas, que causam lesões e sensibilização cutânea. Estas podem estar presentes em cosméticos tais como: tinturas e descolorantes capilares, compostos para alisamentos capilares, xampus, esmaltes e colas acrílicas para unhas, cremes com preservativos, produtos para maquiagem, ácidos para tratamento facial/corporal, entre outros, além do contato com materiais úmidos, ar quente e luvas de látex¹⁻⁴.

O sindicato patronal dos profissionais da beleza no Estado de Goiás (SINDIBELEZA) localizado na cidade de Goiânia-GO, estima que existam aproximadamente

4.800 estabelecimentos de embelezamento na capital do estado de Goiás, com atuação de aproximadamente 20.000 profissionais da beleza (cabeleireiros, esteticistas e manicures) nos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia, região Centro-Oeste do Brasil⁵.

As dermatoses ocupacionais representam cerca de 30% das doenças do trabalho e 90% delas são dermatites de contato (DC), as quais causam considerável desconforto para os pacientes, podem ter prognóstico ruim, interferir no rendimento laboral, mudança de profissão e gerar perda da qualidade de vida dos indivíduos afetados⁶⁻¹⁰.

A DC é uma reação inflamatória cutânea caracterizada por lesões eczematosas que podem ocorrer isola-

das ou simultaneamente. As lesões são resultantes da exposição direta a algum agente externo (biológico, físico, químico) com a participação ou não de luz ultravioleta na superfície da pele¹¹. Quanto à etiologia as DC podem ser classificadas em dermatite de contato alérgica (DCA) e dermatite de contato irritativa (DCI). Na DCA a inflamação é mediada por mecanismos imunológicos (hipersensibilidade tipo IV), requerendo a sensibilização do sistema imune do organismo ao agente ambiental. Enquanto que a DCI, não requer sensibilização imunológica à substância química, sendo causada por dano tissular direto após contato com o agente agressor que inicia a reação inflamatória no tegumento^{11,12}.

Uma grande variedade de cosméticos manipulados durante as atividades laborais de profissionais da beleza pode gerar sensibilização cutânea e, após exposições exógenas habituais e repetidas, ocasionar a dermatite de contato^{3,4,10,13,14}.

A DC provocada por produtos cosméticos é uma preocupação crescente de pesquisadores e profissionais da saúde devido à criação e introdução contínua de novos produtos cosméticos no mercado, os quais são utilizados em tratamentos estéticos cutâneos faciais e corporais, tratamentos capilares, aplicações nas unhas e embelezamento de forma geral^{3,13-15}.

A conduta inadequada de grande parte dos profissionais da beleza do país, especialmente os aprendizes, devido à falta de capacitação técnica, conhecimento deficiente e adesão às práticas de biossegurança está suscitando preocupação devido ao risco de desenvolvimento de doenças ocupacionais para os profissionais e a exposição dos seus clientes a agentes nocivos à saúde¹⁶.

Apesar da preocupação com a política de promoção da saúde e qualidade de vida, observa-se uma alta prevalência de doenças ocupacionais no Brasil, ressaltando-se que uma grande parte das dermatoses ocupacionais não são notificadas, uma pequena parcela chega aos serviços médicos especializados e algumas são autotratadas^{1,7,17}. A avaliação da prevalência de dermatites ocupacionais em profissionais da beleza/estética na região Centro-Oeste do país é relevante afim de contribuir para criar estratégias para a prevenção e tratamento precoce das DC. Dessa forma, este trabalho teve como objetivos avaliar a prevalência das DC ocupacionais, destacando os principais tipos de cosméticos indutores, o conhecimento dos participantes sobre a doença, o seu diagnóstico e tratamento em uma amostra de profissionais da beleza atuantes no município de Goiânia, Goiás, Brasil.

Métodos

O presente trabalho constitui uma pesquisa transversal descritiva, prospectiva, com abordagem quantitativa, realizada no município de Goiânia, Goiás, no período de abril do ano de 2016 a julho de 2017. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia/GO-HUGO registrado pelo

protocolo nº CAAE: 54856016.3.0000.0033. Foram selecionados 180 estabelecimentos de beleza e estética, de um total de 855 estabelecimentos que apresentavam endereço e número de telefone atualizado no Sindicato dos Profissionais da Beleza do Estado de Goiás (SINDI-BELEZA), em Goiânia-GO. O cálculo amostral foi baseado no número de profissionais da beleza da capital e de Aparecida de Goiânia cadastrados no SINDI-BELEZA, totalizando 20.000 profissionais da beleza, conforme lista cadastral fornecida pelo sindicato. O total amostral foi de 378 profissionais da beleza divididos em três grupos de profissionais: 126 cabeleireiros/barbeiros, 126 manicures e 126 esteticistas corporais, o erro amostral adotado foi de 5%, o nível de confiança de 95%, o percentual máximo considerado foi de 50%, percentual de proporção do fenômeno estudado, de acordo com a literatura regional. As entrevistas foram realizadas pela equipe de pesquisadores, previamente treinada. Os participantes do estudo que apresentavam lesões cutâneas suspeitas das DC ocupacionais foram avaliados pela médica especialista em dermatologia da equipe, em um segundo momento após a entrevista, onde foi analisada a história clínica da exposição ao agente externo e o quadro das lesões elementares suspeitas.

Os estabelecimentos de beleza (salões) e estética (centros de estética e clínicas) foram mapeados cuidadosamente por bairro para obter uma amostra que foi geograficamente distribuída ao longo da cidade de Goiânia-GO e de Aparecida de Goiânia-GO. Estes foram visitados a fim de explicar o propósito do estudo, detalhamento da pesquisa e obter o consentimento verbal informado dos participantes da pesquisa. Após o aceite foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os critérios de participação dos sujeitos no estudo incluíram idade maior ou igual a 18 anos e pelo menos 1 ano de experiência, independentemente do gênero ou posição dentro do estabelecimento de trabalho, ou seja, o proprietário ou funcionário. Em cada estabelecimento foram aplicados apenas três (3) questionários: um para Manicure, outro para Cabeleireiro/Barbeiro e o último para Esteticistas. O instrumento de coleta de dados foi validado pela médica dermatologista da equipe e aprovado pelo CEP/HUGO com base em estudos epidemiológicos, era composto por 32 questões (2 abertas e 30 fechadas – múltipla escolha contendo 5 afirmativas com apenas um item correto), dividido em 4 partes: I- Informações sociodemográficas dos participantes, II – Conhecimento sobre a doença, III- Diagnóstico e tratamento das dermatites ocupacionais, IV- Medidas de biossegurança e de autocuidado adotadas pelos profissionais. O conhecimento e atitudes avaliados foram tratados como satisfatório/insatisfatório, sendo considerados satisfatórios/suficientes aqueles em que houve acerto mínimo de 75% das questões específicas do questionário.

Tabela 1. Características sociodemográficas de uma amostra de profissionais da beleza (n = 378) atuantes nos municípios de Goiânia-GO e Aparecida de Goiânia-GO durante os anos de 2016 e 2017

Variáveis	Características sociodemográficas dos profissionais da beleza			Teste Kruskal-Wallis	Teste Mann-Whitney
	Cabeleireiros (C) N=126, N (%)	Esteticistas (E) N=126, N (%)	Manicures (M) N=126, N (%)		
Sexo					
Masculino	37 (29,36)	26 (20,63)	12 (9,52)	0,0008	C ≠ M
Feminino	89 (70,64)	100 (79,37)	114 (90,48)		C = E
					E ≠ M
Cor					
Caucasoide	83 (65,87)	80 (63,50)	74 (58,73)	0,9999	C = M
Mulato	21 (16,66)	27 (21,43)	22 (17,46)		C = E
Pardo	10 (7,94)	6 (4,76)	8 (6,35)		E = M
Negro	12 (9,53)	13 (10,31)	22 (17,46)		
Idade (Md ± DP)	35,2 ± 10 anos	30,4 ± 9 anos	35,1 ± 10 anos		
Estabelecimento					
Salão	118 (93,65)	29 (23,01)	117 (92,85)	2,36E-41	C ≠ E
Domicílio	2 (1,58)	3 (2,39)	2 (1,58)		C = M
Centro de Beleza	6 (4,77)	32 (25,40)	7 (5,57)		E ≠ M
Clínica de Estética	-	62 (49,20)	-		
Tamanho do Estabelecimento					
Pequeno (< 45 m ²)	100 (79,36)	74 (58,73)	98 (77,76)	0,9597	C = E
Médio (45 – 100 m ²)	17 (13,50)	45 (31,72)	18 (14,29)		C = M
Grande (> 100 m ²)	9 (7,14)	7 (5,56)	10 (7,95)		E = M
Tempo de Profissão					
< 5 anos	38 (30,16)	60 (47,61)	40 (31,75)	0,0018	C ≠ E
5 a 10 anos	51 (40,48)	40 (31,75)	49 (38,88)		C = M
10 a 15 anos	23 (18,26)	17 (13,50)	25 (19,84)		E ≠ M
> 20 anos	12 (9,52)	7 (5,56)	10 (7,95)		
Não respondeu	2 (1,58)	2 (1,58)	2 (1,58)		
Escolaridade Completa					
Ensino Fundamental	16 (12,71)	6 (4,76)	13 (10,32)	5,74E-07	C = M
Ensino Médio	59 (46,83)	30 (23,80)	63 (50,00)		C ≠ E
Profissionalizante	30 (23,80)	50 (39,69)	48 (38,10)		E ≠ M
Ensino Superior	17 (13,50)	32 (25,40)	2 (1,58)		
Pós-graduação	2 (1,58)	8 (6,35)	-		
Outro	2 (1,58)	-	-		
Carga Horária diária					
< 4 horas	6 (4,76)	5 (3,96)	10 (7,95)	0,9999	C = M
4 – 8 horas	62 (49,20)	60 (47,62)	73 (57,92)		C = E
8 – 12 horas	56 (44,45)	54 (42,86)	33 (26,18)		E = M
> 12 horas	2 (1,59)	7 (5,56)	10 (7,95)		
Média de Clientes/Dia					
4	30 (23,80)	46 (36,50)	40 (31,75)	0,0065	C = E
8	59 (46,83)	62 (49,20)	78 (61,90)		C ≠ M
12	29 (23,02)	18 (14,30)	8 (6,35)		E ≠ M
> 12	8 (6,35)	-	-		

Legenda: C = Cabeleireiros, M = Manicures, E = Esteticistas. N: amostra; (%): Proporção percentual; Md = Média, DP= Desvio padrão. Valores de p < 0,05 foram considerados significativos (Teste Kruskal-Wallis e pós-teste de Mann-Whitney, comparação entre os grupos de profissionais)

Análise Estatística

As frequências das diferentes variáveis avaliadas entre os grupos estudados foram calculadas utilizando-se software Epi InfoTM versão 7.0. Os dados obtidos da aplicação do questionário são apresentados como valores individuais, médias e percentuais, sendo comparados por meio do teste Qui-quadrado. Foi utilizado o programa Graph Pad PRISM software versão 5.0 (San Diego, CA, EUA) para elaboração de gráficos.

Após a codificação das respostas obtidas com a entrevista dos participantes da pesquisa, as respostas foram ranqueadas e as variáveis foram comparadas entre as categorias profissionais por meio do teste de Kruskal-Wallis associado ao pós-teste de Mann-Whitney, o nível de significância estabelecido foi de p < 0,05.

Resultados

Características sociodemográficas dos profissionais da beleza

As características sociodemográficas dos 378 profissionais que aceitaram participar do estudo são apresentadas na tabela 1. Boa parte dos participantes do estudo trabalhava em pequenos estabelecimentos (74,1%), eram do sexo feminino (80,15%), da raça caucasiana (60,5%), com média de idade de 33,6 ± 10,3 anos, apresentando uma variação de idade de 18 a 63 anos, com ensino médio concluído (35,7%), curso técnico profissionalizante na área da beleza/estética (24,3%) ou curso superior tecnológico em Estética e Cosmética (13%). A maior parte dos profissionais

Tabela 2. Conhecimento sobre dermatites de contato ocupacional em uma amostra de profissionais da beleza (n = 378) atuantes nos municípios de Goiânia-GO e Aparecida de Goiânia-GO durante os anos de 2016 e 2017

Variáveis	Conhecimento dos profissionais da beleza sobre dermatites de contato ocupacionais				
	Cabeleireiro (C) N=126, N (%)	Esteticista (E) N=126, N (%)	Manicure (M) N=126, N (%)	Teste Kruskal-Wallis	Teste Mann-Whitney
Conhecimento sobre agentes causadores das dermatites de contato ocupacionais					
Insatisfatório	78 (61,90)	82 (65,08)	82 (65,08)	0,8356	C = E
Satisfatório	47 (37,30)	43 (34,13)	43 (34,13)		C = M
Não respondeu	1 (0,79)	1 (0,79)	1 (0,79)		E = M
Conhecimento sobre as manifestações clínicas das dermatites de contato ocupacionais					
Insatisfatório	49 (38,90)	51 (40,48)	71 (56,30)	0,0170	C = E
Satisfatório	76 (60,30)	74 (37,30)	52 (41,32)		C ≠ M
Não respondeu	1 (0,80)	1 (0,80)	3 (2,38)		E ≠ M
Conhecimento sobre o tempo de aparecimento das lesões cutâneas após o contato com o agente					
Insatisfatório	28 (16,67)	21 (16,67)	34 (26,98)	0,1037	C = E
Satisfatório	93 (73,81)	99 (78,57)	89 (70,64)		C = M
Não respondeu	5 (3,96)	6 (4,76)	3 (2,38)		E ≠ M
Conhecimento sobre a relação da umidade da pele com as dermatites de contato					
Insatisfatório	27 (21,43)	86 (68,25)	85 (67,46)	1,776E-17	C ≠ E
Satisfatório	90 (71,43)	39 (30,95)	39 (30,95)		C ≠ M
Não respondeu	9 (7,4)	1 (0,79)	2 (1,59)		E = M
Conhecimento sobre os testes para diagnóstico das dermatites de contato					
Insatisfatório	80 (63,50)	75 (59,52)	85 (67,46)	0,4496	C = E
Satisfatório	42 (33,33)	48 (38,10)	38 (30,16)		C = M
Não respondeu	4 (3,17)	3 (2,38)	3 (2,38)		E = M
Conhecimento sobre a relação de dermatites de contato e infecções cutâneas					
Insatisfatório	55 (43,66)	53 (42,06)	73 (57,93)	0,0767	C = E
Satisfatório	62 (49,20)	66 (52,39)	42 (33,34)		C = M
Não respondeu	9 (7,15)	7 (5,55)	11 (8,73)		E ≠ M
Conhecimento sobre as medidas de prevenção das dermatites de contato					
Insatisfatório	36 (28,57)	31 (24,60)	42 (33,34)	0,5684	C = E
Satisfatório	84 (66,67)	92 (73,02)	76 (60,31)		C = M
Não respondeu	6 (4,76)	3 (2,38)	8 (6,35)		E = M
Conhecimento sobre tratamento das dermatites de contato					
Insatisfatório	67 (53,17)	31 (24,6)	55 (43,65)	0,00024	C ≠ E
Satisfatório	52 (41,27)	93 (73,80)	67 (53,18)		C = M
Não respondeu	7 (5,56)	2 (1,60)	4 (3,17)		E ≠ M

Legenda: C = Cabeleireiros, M = Manicures, E = Esteticistas. N: amostra; (%): Proporção percentual;

Valores de p < 0,05 foram considerados significativos (Teste Kruskal-Wallis e pós-teste de Mann-Whitney, comparação entre os grupos de profissionais)

inquiridos tinha de 5 a 10 anos de profissão (42,1%), com uma carga horária diária de trabalho de 4 a 8 horas (54,2%) e atendia uma média de 8 clientes por dia (50,5%). Pouco mais da metade dos cabeleireiros e esteticistas (52%) relataram ser o proprietário do estabelecimento, entretanto (78%) das manicures não eram proprietárias do estabelecimento onde trabalhavam. A maioria dos estabelecimentos de embelezamento eram pequenos, apresentando uma área total menor que 50 m² (Tabela 1).

Conhecimento dos profissionais da beleza sobre dermatites de contato ocupacionais

Sabe-se que o conhecimento dos profissionais sobre as causas diretas, indiretas ou fatores predisponentes das DC ocupacionais influenciam no desenvolvimento destas. Neste estudo o conhecimento dos profissionais

da beleza sobre os principais fatores relacionados com a aquisição e desenvolvimento das DC ocupacionais foi avaliado (Tabela 2).

Foi avaliado o conhecimento dos profissionais sobre medidas de autocuidado, biossegurança, fatores agravantes das DC e outros respondidos pelos sujeitos da pesquisa (Tabela 3).

Diagnóstico e tratamento das dermatites de contato ocupacionais

Um grande número de profissionais da beleza relatou apresentar histórico familiar de DC a cosméticos: cabeleireiros (32,0%), Esteticistas (43,0%) e Manicures (49,0%). Cerca de 35% dos profissionais do gênero masculino e 39% do feminino apresentavam histórico pessoal e familiar de doenças alérgicas cutâneas.

Tabela 3. Adoção de medidas de autocuidado e biossegurança para dermatites de contato ocupacional por uma amostra de profissionais da beleza (n = 378) atuantes em Goiânia-GO e Aparecida de Goiânia, Goiás, no ano de 2017

Variáveis	Atitudes de Biossegurança e Autocuidado			Teste Kruskal-Wallis	Teste de Mann-Whitney
	Cabeleireiros (C) N=126, n (%)	Esteticistas (E) N=126, n (%)	Manicures (M) N=126, n (%)		
Lavagem e secagem do local do corpo após a exposição a produtos irritantes ou alergênicos					
Não	6 (4,76)	6 (4,76)	6 (4,76)	0,009617	C ≠ M
Sim	97 (76,98)	98 (77,78)	78 (61,9)		C = E
Às vezes	23 (18,25)	22 (17,46)	40 (31,75)		M ≠ E
Não respondeu	0	0	2 (1,59)		
Uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual					
Não	19 (15,08)	15 (11,90)	55 (43,65)	2,236E-07	C ≠ M
Sim	106 (84,13)	104 (82,54)	63 (50)		C = E
Às vezes	0	0	7 (5,56)		M ≠ E
Não respondeu	1 (0,79)	7 (5,56)	1 (0,79)		
Evitar a exposição a cosméticos potenciais para provocar dermatites de contato					
Não	14 (11,11)	4 (3,17)	19 (15,08)	0,2076	C = M
Sim	78 (61,9)	88 (69,84)	54 (42,86)		C = E
Às vezes	34 (26,98)	34 (26,98)	51 (40,48)		M = E
Não respondeu	0	0	2 (1,59)		
Diagnóstico do possível agente causador da dermatite de contato					
Não	55 (43,65)	66 (52,38)	53 (42,06)	0,3514	C = M
Sim	64 (50,79)	51 (40,48)	66 (52,38)		C = E
Às vezes	2 (1,39)	1 (0,79)	2 (1,59)		M = E
Não respondeu	5 (3,97)	8 (6,35)	5 (3,97)		
Uso de cosméticos Hipoalergênicos					
Não	80 (63,49)	45 (35,71)	80 (63,49)	2,625E-06	C = M
Sim	33 (26,19)	67 (53,17)	46 (36,51)		C ≠ E
Às vezes	0	14 (11,11)	0		M ≠ E
Não respondeu	13 (10,32)	0	0		
Evitar coçar o local da erupção cutânea					
Não	14 (11,11)	9 (7,14)	11 (8,73)	0,4541	C = M
Sim	72 (57,14)	86 (68,25)	71 (56,35)		C = E
Às vezes	28 (22,22)	26 (20,63)	38 (30,16)		M = E
Não respondeu	12 (9,52)	5 (3,97)	6 (4,76)		
Realização de consultas médicas periódicas ao dermatologista/alergologista					
Não	72 (57,14)	60 (47,62)	78 (61,9)	0,3849	C = M
Sim	49 (38,89)	65 (51,59)	31 (24,6)		C = E
Às vezes	4 (3,17)	1 (0,79)	17 (13,49)		M = E
Não respondeu	1 (0,79)	0	0		
Realização do tratamento adequado da dermatite de contato					
Não	69 (54,76)	62 (49,60)	72 (57,14)	0,1333	C = M
Sim	40 (31,75)	43 (34,4)	52 (41,27)		C = E
Às vezes	17 (13,49)	20 (16,00)	2 (1,59)		M ≠ E
Não respondeu	0	0	0		

Legenda: C = Cabeleireiros, M = Manicures, E = Esteticistas. N = amostra; (%) = Proporção percentual; Valores de p < 0,05 foram considerados significativos (Teste Kruskal-Wallis e pós-teste de Mann-Whitney, comparação entre os grupos de profissionais)

Neste estudo, 87 (23,01%) participantes relataram sintomas cutâneos, a partir da exposição a cosméticos, que surgiram nos últimos 2 anos do contato com a substância alergênica/irritativa. Os principais sinais e sintomas relatados foram: prurido 45 (51,72%), eritema 38 (43,67%), ardor 31 (35,63%), descamação da pele ou couro cabeludo 29 (33,33%) e bolhas 7 (8,04%). Deste total, 28 (32,18%) profissionais manifestaram um quadro clínico com lesões eczematosas, que segundo os mesmos, surgiam minutos ou horas após a exposição

cutânea à substância e 59 (67,82%) relataram que a reação cutânea surgia de 24 a 48 horas após a exposição a cosméticos.

Quando os profissionais da beleza foram inquiridos em relação ao local corporal das lesões cutâneas após o contato direto com cosméticos no trabalho, nos últimos 2 anos, as frequências foram: mãos/antebraços 204 (53,9%), couro cabeludo 157 (41,5%), face 63 (16,6%), pescoço 34 (9,0%) e pernas 7 (1,8%), (gráfico 1).

Local das lesões cutâneas (dermatites ocupacionais)

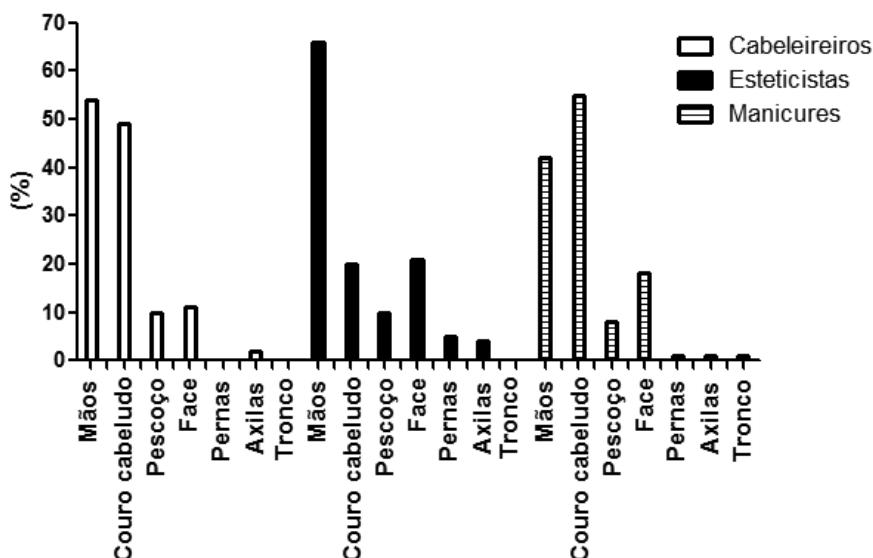


Gráfico 1. Localização das lesões cutâneas, em percentual, nas três categorias de profissionais da beleza participantes deste estudo

Boa parte dos profissionais da beleza (39%) relataram apresentar a pele seca e sensível a produtos cosméticos e ainda 54% dos cabeleireiros, 47% das manicures e 35% dos esteticistas permanecem grande parte do tempo, no trabalho, com as mãos úmidas, fato que pode favorecer o surgimento de dermatites ocupacionais. Um grande número dos profissionais da beleza (43,9%) declararam apresentar DC após exposição a produtos cosméticos no trabalho (Tabela 4).

Quanto ao contato do profissional da estética/beleza com substâncias irritantes para a via respiratória um significativo número de profissionais relatou apresentar irritação na mucosa nasal a produtos como: formaldeídos (38,6%), sprays capilares (30,5%), poeira (27,2%), mofo (28,7%) e fragrâncias de cosméticos/perfumes (24,5%).

Em relação ao diagnóstico da DC ocupacional 40,3% dos cabeleireiros, 41,4% das manicures e 37,5% dos esteticistas relataram nunca ter procurado assistência médica de um alergologista ou dermatologista, não sabendo ao certo, realmente, o tipo de substância responsável pela DC ocupacional.

Do total de indivíduos diagnosticados com DC ocupacional a cosméticos, pelo médico assistente, apenas 21,16% profissionais inquiridos haviam realizado, anteriormente, os testes de contato (TC) para confirmação diagnóstica.

A partir do diagnóstico da DC 25,3% dos cabeleireiros, 29,6% das manicures e 22,7% dos esteticistas tiveram que parar de realizar alguns procedimentos estéticos ou mudar de atividade laboral dentro do seu segmento de trabalho, não foram relatados casos de perda da profissão em detrimento da DC.

No que se refere ao tratamento da DC ocupacional foram consideradas consultas médicas frequentes

quando realizadas, periodicamente, uma ou duas vezes por ano e raramente apenas quando os indivíduos estavam doentes e procuram assistência médica nesta condição (Tabela 3). Foi constatado, neste estudo, que 58,4% dos cabeleireiros, 63,1% das manicures e 56,5% dos esteticistas relataram nunca ter realizado algum tratamento com assistência médica especializada, a maioria (45,6%) sendo por clínicos gerais e alguns casos (27,4%) autotratados.

Medidas de biossegurança e autocuidado

Com relação à adoção de medidas de biossegurança para a prevenção das DC, 25% dos profissionais declararam não lavar adequadamente as mãos, com água e sabão, após aplicação de cosméticos nos clientes. Cerca de 23% dos profissionais relataram que o seu estabelecimento de trabalho não disponibilizava banheiro com chuveiro em caso de acidentes com produtos químicos irritantes. Doze por cento (12%) dos entrevistados relataram não usar nenhum tipo de EPI durante os procedimentos estéticos e 12,70% dos profissionais relataram apresentar irritação cutânea ao uso de luvas de látex. Apenas 13,0% dos profissionais lavavam e secavam, adequadamente, o local do corpo após a exposição a produtos irritantes ou alergênicos e 16,70% dos profissionais que já conheciam o agente causal da sua DC substituíram seus cosméticos irritantes por cosméticos hipoalergênicos.

Sobre o bem-estar e qualidade de vida do profissional da beleza com DC ocupacional um expressivo número (65,3%) relatou que este problema de saúde gera interferência na sua produtividade laboral e qualidade de vida.

Tabela 4. Frequência de dermatites de contato ocupacionais a produtos cosméticos em uma amostra de profissionais da beleza (n =378) de Goiânia-GO e Aparecida de Goiânia, Brasil, 2017

Dermatites de Contato a produtos cosméticos em profissionais da beleza					
Tipos de Cosméticos	Cabeleireiros (C) N=126, N (%)	Esteticistas (E) N=126, N (%)	Manicures (M) N=126, N (%)	Teste Kruskal-Wallis N (%)	Teste Mann-Whitney
Tinturas Capilares	53 (42,00)	13 (10,31)	21 (16,66)	2,033E-09	C ≠ E C ≠ M E = M
Descolorantes Capilares	1 (0,80)	5 (3,96)	3 (2,38)	0,2561	C = E C = M E = M
Produtos para Alisamentos Capilares	3 (2,38)	5 (3,96)	8 (6,34)	0,2903	C = E C = M E = M
Produtos para Maquiagem	1 (0,80)	6 (4,76)	6 (4,76)	0,1371	C = E C = M E = M
Shampoos/Condicionadores/Sabonetes/Hidratantes Corporais	1 (0,80)	6 (4,76)	5 (3,96)	0,1648	C = E C = M E = M
Produtos para Tratamento Facial (Ácidos)	1 (0,80)	9 (7,14)	1 (0,80)	0,0025	C ≠ E C = M E ≠ M
Esmaltes/Acetona	1 (0,80)	3 (2,38)	5 (3,96)	0,256	C = E C = M E = M
Perfumes/Fragrâncias	2 (1,58)	4 (3,17)	3 (2,38)	0,7113	C = E C = M E = M
Total	63 (50,0%)	51 (40,47%)		52 (41,26%)	0,3018

Legenda: C = Cabeleireiros, M = Manicures, E = Esteticistas. N = amostra; (%) = Proporção percentual.

Valores de p < 0,05 foram considerados significativos (Teste Kruskal-Wallis e pós-teste de Mann-Whitney, comparação entre os grupos de profissionais).

No que se refere ao tratamento da dermatite ocupacional 41,6% dos cabeleireiros, 36,9% das manicures e 43,5% dos esteticistas relataram ter realizado algum tratamento com assistência médica especializada (Tabela 3).

Discussão

Os resultados desta pesquisa demonstram uma alta prevalência das DC nos profissionais da beleza/estética (43,9%), especialmente naqueles em fase de aprendizado de certos procedimentos estéticos, e envolvimento de uma ampla variedade de produtos cosméticos e agentes ambientais na etiopatogenia desta doença. A falta ou uso inadequado de EPIs é um fator relacionado com a aquisição e desenvolvimento das DC nos estabelecimentos de beleza.

O risco do profissional da beleza às DC varia segundo o tipo de atividade exercida, natureza do agente externo, quantidade e concentração da substância, duração do contato da substância com a pele, higidez cutânea, susceptibilidade cutânea ao agente e o uso de

medidas preventivas à exposição^{11,18}. Dermatites de contato causadas por agentes físico-químicos decorrentes da exposição ocupacional e das condições de trabalho são responsáveis por desconforto, dor, prurido, queimação, reações psicossomáticas e outras que geram até a perda da atividade laboral^{11,11,18}.

Dentre as causas diretas das DC ocupacionais destacam-se agentes biológicos (bactérias, fungos, leveduras, vírus e insetos), físicos (calor, frio, eletricidade, radiações ionizantes e não ionizantes, ondas eletromagnéticas, agentes mecânicos, vibrações) ou químicos (ex: produtos cosméticos). Já as causas indiretas envolvem o fator idade (indivíduos mais jovens são menos experientes e com tegumento imaturo, sendo mais susceptíveis), o gênero (mulheres possuem maior acometimento das mãos, cuja gravidade e remissão são mais benignas comparadas aos homens), a etnia, pois a raça amarela e negra são protegidas da luz solar de melhor forma que a raça caucasiana¹⁷.

Neste estudo 64% dos participantes não demonstraram conhecimento satisfatório relacionado aos princi-

pais agentes causadores diretos das DC ocupacionais. Nos cabeleireiros, a DCA chega a afetar aproximadamente 50% dos profissionais; nos ajudantes e aprendizes, por terem como função principal o trabalho úmido, a DCI é mais frequente¹⁹.

Verificou-se que 23,54% dos profissionais não utilizavam EPIs durante a suas atividades laborais. Sabe-se que a falta ou uso inadequado de EPIs é um fator relacionado com a aquisição e desenvolvimento das DC ocupacionais nos estabelecimentos de beleza¹⁷.

Como esperado, profissionais da beleza são altamente expostos a produtos cosméticos durante as suas atividades laborais e até no seu cotidiano, no uso de cosméticos para embelezamento corporal. Como a profissão exige que estes profissionais mantenham sempre uma boa imagem pessoal, a maioria deles, se maquiagem, tingem ou descolorem os cabelos durante o ano, fato que induz a sensibilização cutânea prévia dos profissionais, especialmente por tinturas capilares. Um estudo dinamarquês realizado por Bregnhøj et al. (2011)²³ demonstrou que um grupo de 382 aprendizes de cabeleireiros avaliados tingiam 3 vezes mais os cabelos por ano do que o grupo de indivíduos controles, fato que pode gerar sensibilização cutânea prévia dos cabeleireiros a tinturas capilares.

Os Testes de Contato (TC) são considerados exames padrão-ouro (Gold-Standard) para o adequado diagnóstico das DC, pois permitem a testagem das substâncias sensibilizantes mais comuns, e deve ser correlacionado com a história clínica e o exame físico¹¹. Neste estudo uma pequena parcela dos profissionais da beleza (21,16%) haviam realizado os TC para confirmação diagnóstica, fato que merece conscientização dos profissionais no sentido de procurarem auxílio médico especializado para o diagnóstico e tratamento adequado desta afecção.

No presente estudo, não foi realizada a confirmação diagnóstica da DC nos profissionais por meio do TC, sendo realizada apenas a avaliação da história da exposição ocupacional e o quadro clínico do paciente pela médica da equipe. Entretanto, vale ressaltar que nos cabeleireiros, a DCA chega a afetar aproximadamente 50% dos profissionais; nos ajudantes e aprendizes, por terem como função principal o trabalho úmido, a DCI é mais frequente¹⁹.

Contatamos, nesta pesquisa, uma alta prevalência de dermatites de contato a variados produtos cosméticos em 43,91% profissionais da beleza, sendo que as reações cutâneas a tinturas e alisantes capilares e produtos para maquiagem foram as mais frequentes. O estudo realizado por Foss-Skiftesvik et al. (2017)²⁰ revelou que 38,3% dos aprendizes de cabeleireiros dinamarqueses participantes da pesquisa apresentavam eczema de mãos em decorrência do contato com cosméticos nos salões de beleza. Um outro estudo de coorte dinamarquês demonstrou uma prevalência de dermatite de contato ocupacional de 36% em cabeleireiros⁴. Um terceiro estudo dinamarquês revelou uma prevalência de 38,1% de cabeleireiros apresentando dermatite de contato alérgica a produtos cosméticos²¹. A justificativa para a

maior prevalência de dermatites de contato em profissionais da beleza constatada em nosso estudo se deve ao fato da nossa pesquisa ter avaliado não apenas cabeleireiros, mas também esteticistas e manicures e, ainda, devido ao maior tamanho amostral do que nestes dois estudos.

Não encontramos nenhum estudo brasileiro, na literatura, avaliando DC a cosméticos em profissionais da beleza do país. Os principais agentes químicos alérgicos encontrados em tinturas capilares em um estudo polonês que avaliou DC em aprendizes de cabeleireiros incluíam soluções de 0,01%, 0,1% e 1% de 1,4-para-fenilenodiamina (PPD) e 0,01%, 0,1% e soluções a 1% de peroxidissulfato de potássio. Este estudo constatou um percentual de 55,4% de um total de 321 aprendizes de cabeleireiros na Polônia que apresentaram manifestações cutâneas a tinturas capilares²².

A maior parte dos profissionais da beleza afetados por DC (31,75%) no nosso estudo apresentavam uma média de idade de 33 anos e com experiência profissional inferior a 5 anos de trabalho. O estudo de Bregnhøj e colaboradores (2011)²³ corrobora com a nossa pesquisa e destaca que a DC em cabeleireiros normalmente ocorre em uma idade mais precoce do que na população em geral, isto enfatiza fortemente a importância da prevenção numa fase muito precoce durante a formação/aprendizado destes profissionais.

No presente estudo foi constatada uma alta prevalência de DC em profissionais da beleza a tinturas capilares (23,0%). As tinturas capilares apresentam na sua composição os haptenos mais frequentemente envolvidos no processo de sensibilização cutânea na indução das DC, o que está de acordo com estudos anteriores^{15,23,28}.

Considerando a ampla versatilidade de produtos destinados à tintura de cabelo, observa-se ainda uma relativa escassez de informações relacionadas à toxicidade e mutagenicidade dos corantes (tinturas) de cabelo disponíveis a população. É imperativa, portanto, a obtenção de mais informações sobre os possíveis efeitos adversos que corantes podem causar para o ser humano e a biota em geral.

A reação à esmaltes/acrilatos em manicures foi constatada em 3,96% das profissionais neste trabalho. No estudo de Ramos e colaboradores (2014)²⁴ realizado de janeiro de 2006 a abril de 2013 nos Estados Unidos, demonstraram que as manicures representam 80% dos casos de DCA ocupacional para acrilatos diagnosticados por testes de contato. Estudos evidenciam que as luvas não são suficientemente protetoras para manicures que utilizam os metacrilatos (metacrilato de metil) em unhas artificiais, uma vez que estes produtos podem penetrar através de luvas de látex podendo provocar DCA ocupacional^{25,26}.

O aumento do número de salões de beleza e da prevalência de alergias aos acrilatos entre as manicures destaca a necessidade de educação entre esses profissionais quanto ao uso mais seguro de produtos para as unhas²⁷. Eles deveriam ser informados do potencial de permeação de (met) acrilatos em luvas de látex ou ni-

trilo, particularmente com uso prolongado. Manicures podem proteger-se usando-se uma luva sobre outra luva de nitrilo e mudando essas com frequência.

Apesar da alta prevalência das DC demonstrada nesta pesquisa, verificou-se que 53,7% dos profissionais afetados pelas DC ocupacionais não realizaram tratamento médico especializado adequado e em alguns casos as DC foram autotratadas, em consonância com o estudo de Motta e colaboradores (2011)¹¹.

A prevenção das DC depende veemente da utilização consciente e adequada dos EPIs, além da retirada dos produtos irritantes, com substituição dos mesmos sempre que possível¹¹.

Para reduzir a prevalência das DC entre profissionais da beleza, ressalta-se o papel da integração das ações de educação em saúde entre as instituições de ensino, profissionais da beleza e comunidade, através da adequada incorporação das práticas de detecção, prevenção e controle das DC. Deve-se respeitar as especificidades referentes à atuação de cada profissional envolvido nessas ações de maneira a contribuir para o controle desse processo, principalmente através da implementação ou desenvolvimento de um programa de educação continuada mediado pelas instituições de formação destes profissionais.

Conclusão

Nos últimos anos, as doenças ocupacionais da pele têm sido cada vez mais diagnosticadas em trabalhadores de empresas prestadoras de serviços. Nesta amostra de profissionais da beleza de Goiás observou-se que o conhecimento sobre a exposição ocupacional a cosméticos e seus possíveis efeitos na saúde dos trabalhadores não foi suficiente para a prevenção das DC ocupacionais. O estudo demonstrou alta frequência de DC ocupacionais induzidas por trabalho úmido ocasionadas por corantes capilares, descolorantes e produtos para alisamentos capilares. Entretanto, infere-se que a percepção do risco de aquisição de DC ocupacional por esta amostra de profissionais da beleza não é suficiente para transformar as suas práticas, visto que uma grande parcela destes trabalhadores não utilizam EPIs de maneira adequada e ainda não evitam o contato com substâncias químicas (cosméticos) potenciais causadoras das DC ocupacionais mesmo após a detecção do agente etiológico.

Os resultados desta pesquisa reafirmam a necessidade de conscientização dos profissionais da beleza para a realização de consultas médicas regulares ao dermatologista/alergologista no sentido de se fazer um diagnóstico preciso e precoce de potenciais alérgenos ocupacionais para se realizar um tratamento adequado afim de melhorar a qualidade de vida do profissional. O estado de saúde dos trabalhadores dos salões e centros de beleza/estética têm sido raramente avaliados. Estudos adicionais são necessários para se detectar e tratar, adequadamente, as doenças ocupacionais nesta categoria de profissionais.

É necessário, nas instituições formadoras destes profissionais ou em cursos de aperfeiçoamento profissional, gerar discussões sobre os múltiplos fatores associados às dermatites ocupacionais, somados aos cuidados higiênicos e terapêuticos da pele, demonstrar os principais testes usados para diagnóstico específico e tratamento eficiente dessa afecção. Ressalta-se que a exclusão do agente etiológico é o tratamento mais efetivo para a DC, não sendo substituída por outra forma de tratamento. A anamnese e exame dermatológico criteriosos, além dos testes de contato são as bases do diagnóstico. A prevenção primária contribui para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, por diminuir recidivas do quadro.

Conclui-se que a implementação de medidas de segurança no trabalho pelos proprietários dos estabelecimentos, assim como, mudanças nos programas educacionais de biossegurança, nas atitudes dos profissionais, professores e supervisores de estágios das escolas formadoras de profissionais da beleza/estética é primordial para o desenvolvimento de programas preventivos primários eficazes para a redução da prevalência desta dermatose ocupacional. O conhecimento sobre fatores de risco individuais na população é extremamente importante, especialmente nos aprendizes, que constituem um grupo-alvo para a execução de medidas de prevenção primária.

Referências

1. Alchorne AOA, Alchorne MMA, Silva MM. Dermatoses ocupacionais. *An Bras Dermatol*. 2010;85(2):137-47.
2. Davari P, Maibach HI. Contact urticaria to cosmetic and industrial dyes. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2011;36:1-5.
3. Alani JI, Davis MD, Yiannias JA. Allergy to cosmetics: a literature review. *Dermatitis*. 2013; 24(6):283-90.
4. Carøe TK, Ebbelhøj NE, Agner T. Occupational dermatitis in hairdressers - influence of individual and environmental factors. *Contact Dermatitis*. 2017; 76(3):146-50.
5. Sindicato dos proprietários de barbearias, institutos de beleza e afins do Estado de Goiás. Disponível em: <http://sindibelego.com.br/Acesso: 10/02/2017>.
6. Dogra A, Minocha YC, Kaur S. Adverse reactions to cosmetics. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2003;69:165-7.
7. Keegel TMM, Dharmage DMM, Nixon RK F. The epidemiology of occupational contact dermatitis (1990-2007): a systematic review. *Int J Dermatol*. 2009;48(6):571-8.
8. Cahill J, Keegel T, Nixon R. The prognosis of occupational contact dermatitis in 2004. *Contact Dermatitis*. 2004;51(5-6):219-26.
9. Skoet R, Zachariae R, Agner T. Contact dermatitis and quality of life: a structured review of the literature. *Br J Dermatol*. 2003;149(3):452-6.
10. Krecisz B, Kiec-Swierczynska M, Chomiczewska D. Dermatological screening and results of patch testing among Polish apprentice hairdressers. *Contact Dermatitis*. 2011; 64:90-5.
11. Motta AA, Aun MV, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Dermatite de contato. *Rev. Bras. Alerg. Imunopatol*. 2011;34(3):73-82.
12. Seyfarth F, Schliemann S, Antonov D, Elsner P. Dry skin, barrier function, and irritant contact dermatitis in the elderly. *Clin Dermatol*. 2011;29:31-6.

13. Cruz MJ, Baudrier T, Cunha AP, Ferreira O, Azevedo F. Severe onychodystrophy caused by allergic contact dermatitis to acrylates in artificial nails. *Cutan Ocul Toxicol.* 2011; 30(4):323-4.
14. Park ME, Zippin JH. Allergic contact dermatitis to cosmetics. *Dermatol Clin.* 2014;32(1):1-11.
15. Schwensen JF, Johansen JD, Veien NK, Funding AT, Avnstorp C, Osterballe M, et al. Occupational contact dermatitis in hairdressers: an analysis of patch test data from the Danish contact dermatitis group, 2002-2011. *Contact Dermatitis.* 2014; 70(4): 233-7.
16. Rocha Sobrinho HM, Gomes CM, Ferreira BD, Cunha FN, Moraes MLDS, Lima RACO, et al. Avaliação do conhecimento e práticas de biossegurança em uma amostra de profissionais da beleza de Goiânia-Goiás. *J Health Sci Inst.* 2014;32(4):343-52.
17. Ali SA. *Dermatoses ocupacionais.* 2ª. ed. – São Paulo: Fundacentro; 2009.
18. Martins LEAM, Reis VMS. Imunopatologia da dermatite de contato alérgica. *An Bras Dermatol.* 2011;86(3):419-33.
19. Kieć-Swierczyńska M, Krycisz B, Chomiczewska D. [Occupational contact dermatitis in hairdressers]. *Med Pr.* 2009;60(5): 377-82.
20. Foss-Skiftesvik MH, Winther L, Johnsen CR, Zachariae C, Johansen JD. Incidence of skin and respiratory diseases among Danish hairdressing apprentices. *Contact Dermatitis.* 2017;76(3): 160-66.
21. Lysdal SH, Søsted H, Johansen JD. Do hairdressers in Denmark have their hand eczema reported as an occupational disease? Results from a register-based questionnaire study. *Contact Dermatitis.* 2012;66:72-8.
22. Golińska-Zach A, Krawczyk-Szulc P, Wiszniewska M, Nowakowska-Świrta E, Świerczyńska-Machura D, Tymoszek D, et al. J. Sensitization to occupational allergens in hairdressing apprentices diagnosed already before entering vocational training. *Med Pr.* 2016;67(5):567-75.
23. Bregnhøj A, Søsted H, Menné T, Johansen JD. Exposures and reactions to allergens among hairdressing apprentices and matched controls. *Contact Dermatitis.* 2011;64(2): 85-9.
24. Ramos L, Cabral R, Goncalo M. Allergic contact dermatitis caused by acrylates and methacrylates—a 7-year study. *Contact Dermatitis.* 2014;71(2):102-7.
25. Pegum JS, Medhurst FA. Contact dermatitis from penetration of rubber gloves by acrylic monomer. *Br Med J.* 1971;2 (5754): 141-3.
26. Andreasson H, Boman A, Johnsson S, Karlsson S, Barregård L. On permeability of methyl methacrylate, 2-hydroxyethyl methacrylate and triethyleneglycol dimethacrylate through protective gloves in dentistry. *Eur J Oral Sci.* 2003;111(6):529-35.
27. Muttardi K, White IR, Banerjee P. The burden of allergic contact dermatitis caused by acrylates. *Contact Dermatitis.* 2016; 75(3):180-4.
28. Warshaw EM, Wang MZ, Mathias CG, Maibach HI, Belsito DV, Zug KA, et al. Occupational contact dermatitis in hairdressers/cosmetologists: retrospective analysis of north american contact dermatitis group data, 1994 to 2010. *Dermatitis.* 2012; 23(6):258-68.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Hermínio Maurício da Rocha Sobrinho
 Av. Angélica, chácara 22, Jardim Bela Vista
 Aparecida de Goiânia - GO, CEP 74912-015
 Brasil

E-mail: herminio.sobrinho@gmail.com

Recebido em 8 de julho de 2019
 Aceito em 24 de setembro de 2019