HÁBITO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ANTES DAS REFEIÇÕES EM RESTAURANTES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

ROGERIO DA SILVA RESENDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

ORIENTADOR: PROFª. DRA. ARACY WITT DE PINHO SPINOLA

São Paulo
2005

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores. Ao usa-lo, cite a fonte.

Assinatura:

Data:

46240/2005 dx

DEDICATÓRIA

Aos 2,6 milhões de crianças até 2 anos de idade, que morrem por ano no mundo, vítimas da diarréia, principalmente crianças pobres, que vivem em situações de falta de higiene, alimentação inadequada e saneamento básico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me proporciona a fé absoluta, os meios e a certeza de poder realizar todas as coisas que são certas e verdadeiras.

À ANA CRISTINA, ANA CAROLINA e ao RUDY, esposa, filha e filho, que conseguem entender minhas limitações e me dão amor.

Aos meus pais IVAN e ROSA pelo que fizeram e deixaram de fazer para que eu estudasse.

A FAESA, especialmente aos Professores CLÁUDIO TOSTA pelo incentivo, e JOÃO SOSSAI, pela paciência.

Aos estudantes, professores e diretores da Escola Técnica de Enfermagem do Espírito Santo - ETESES, pela parceria na realização da pesquisa.

Ao Sindicato de Bares, Restaurantes e Similares do Espírito Santo – SINDIBARES, pelo apoio ao projeto de pesquisa.

As Mãos

As mãos são como as nuvens que se transformam com o vento, por vezes afagam, outras vezes protegem, sem pensar agridem, mas também oram. As mãos nasceram duas, mas únicas são, no desejo e no afeto, no acalanto do filho, são as que cuidam dos doentes que as imaginam limpas, são as que tocam o seio e os oferecem aos seus. As mãos são como são, diferentes uma das outras, impressões, sempre serão, se permitirmos, semelhantes às mãos do Criador.

RESUMO

Resende RS. **Hábito de higienização das mãos antes das refeições em restaurantes no município de Vitória/ES**. Vitória; 2003 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública\USP].

Objetivo. Observar a freqüência com que os clientes que utilizam restaurante tipo self-service higienizam as mãos antes das refeições, e aplicar roteiro de entrevista para verificar o perfil desses clientes, no município de Vitória/ES.**Justificativa.**A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), define a "Lavagem das Mãos" como tema nacional a ser estudado e incentivado. A pesquisa pode orientar à estratégia pedagógica destinada à educação em saúde.Alguns estudos mostram redução estatística de doenças com o simples ato de lavar as mãos e o entendimento de que lavar as mãos é preciso.**Hipótese.**Existência de nº alto de pessoas que não higienizam as mãos antes das refeições em restaurantes, no município de Vitória-ES.**Metodologia.**Identificação dos restaurantes, sua distribuição segundo regiões do município, participação de 10 voluntários que auxiliaram na etapa da coleta de dados utilizando técnicas de observação direta e aplicação de roteiro de entrevista, caracterizou-se o perfil dos usuários, a freqüência nos restaurantes, idade, sexo, profissão e percepção quanto à importância do ato de lavar as mãos.**Resultado.**Foram entrevistadas 255 pessoas e observados no interior dos estabelecimentos 6578 clientes. Verificamos na população estudada que 29,0% do total lavaram as mãos antes das refeições, média mantida em todas as regiões do município, sem sofrer influencia significativa das variáveis estudadas.Em relação ao sexo, as mulheres contribuíram com 37,10% e os homens com 25,27% de forma positiva em relação a lavar as mãos.**Conclusão.** A maioria das pessoas observadas não lavou as mãos antes das refeições (71,00%), o que confirma a hipótese do projeto.

Descritores: Higiene de Mãos. Saúde Pública. Hábito. Mãos Limpas. Restaurantes Contaminação. Secagem das Mãos.Anti-séptico. Desinfetante. Transferência Bacteriana.

SUMMARY

Resende RS. **Hábito de higienização das mãos antes das refeições em restaurantes no município de Vitória/ES** [Hand hygienization habit prior to meals in restaurants in the city of Vitória/ES]. Vitória/ES (BR); 2004 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Publica/USP].

Objective. Observing the frequency of prior meal hand hygienization by self-service restaurant clients and carrying out structured interviews to determine the profile of such clients in the city of Vitória/ES.**Justification**.A National Sanitary Surveillance Agency (ANVISA) defines "Hand Washing" as national theme to be studied an fostered.. The research coud guide the pedagogic strategy aimed at health education. Some studies show the statistical reduction of diseases with the sheer act os washing hands and the understanding hand washing is a must.**Hypothesis.**The existence of a great number of people had not hygienize their hands before meals in restaurants in the city of Vitória-ES.**Methods**.Identification of restaurants, their distribution in the areas of the municipality, participation of tem volunteers helping in the data gathering phase using direct observation techniques and structured interviws for the characterization of the profile of the clients, frequency of restaurant visits, age, gender, profession and self-perception concernig hand washing importance.**Results.** 255 people were interviewed and 6578 were observed in the restaurants. It was observed that 29,0% washed their hand before the meals in all areas of the city without significant influence of the studied variables. Concernig gender womem represented 37,10% against 25,27% positively for hand washing.**Conclusions**.The majority of the observed people did not wash their hands before (71,00%), which confirms the hypothesis of the project.

Descriptors: Hand Hygiene. Public health. Habit. Clean hands. Restaurant. Contamination. Hand Drying. Antiseptic. Disinfectant. Transfer Bacterial.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 01

2. JUSTIFICATIVA 09

3. OBJETIVO GERAL 12

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12

5. METODOLOGIA 13

6. RESULTADOS 18

7. DISCUSSÃO 31

8. CONCLUSÕES 42

9. RECOMENDAÇÕES 43

10. REFERÊNCIAS 47

ANEXOS

Anexo I –Termo de Consentimento Ético – Restaurantes A1

Anexo II – Termo de Consentimento Ético – Entrevistado A2

Anexo III – Planilha de Registro – Etapa de Observação A3

Anexo IV – Roteiro de Entrevista A4

Anexo V – Planilha Resultado Observação A5

1. INTRODUÇÃO

"Lavar as mãos", expressão popular que por vezes tem o sentido de isenção, não responsabilidade, eximir-se, que no sentido real, traduz algo mais consistente, que se sustenta quando a questão é segurança alimentar, quando a questão é saúde.

A higiene das mãos ganha importância e ênfase por ser uma conduta simples e de grande valor para nossa realidade, já que se apresenta como solução prática e de baixo custo. Por isso, a ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária define a "Lavagem das Mãos" como tema nacional a ser estudado e incentivado. "Necessário se faz à conscientização de toda Sociedade passando pela comunidade científica, permeando as Universidades, atingindo a população como um todo"(....) (Ministério da Saúde, 2001). Esse é mais um sentimento que mostra a necessidade de se continuar pesquisando acerca da higiene de mãos, procedimento adotado há 156 anos no Hospital Geral de Viena por *Ignaz Semmeleweis,* como a medida mais eficaz no controle das infecções hospitalares.

A história antiga já retratava um comportamento, sem relação aparente, com os processos de prevenção dos tempos modernos. Define um hábito comum às civilizações que habitavam algumas regiões naquela época, costume que tinha no rito, provavelmente, um sentido de acolhimento e gentileza, ou como parte do estilo de vida da época, considerando ser recente a higiene corporal na rotina das pessoas.

Quanto à história da alimentação, algumas citações bem caracterizam essa situação: "a água com que se lavavam as mãos antes e depois das refeições" referindo-se aos banquetes da antiga Mesopotâmia [palácio de Assurbanipal Rei da Assíria, 668-627 a.C.] (p. 33-34), "era o filho mais velho da casa que tinha o direito de primeiro apresentar aos convidados a água com que eles lavavam as mãos e, em seguida, servir a comida e a bebida", documento datado do segundo milênio (p.56), "quando cada um tomar seu lugar segundo sua classe, passam os criados encarregados de apresentar a água para que todos lavem as mãos", referência aos banquetes nos palácios de dois soberanos, Yasmah-Addu (1766-1776 a.C.) e Zimri-Lim (1775-1761 a.C.) que viveram no Eufrates, na Síria, próximo à fronteira com o Iraque, no início do segundo milênio, onde foram encontrados arquivos oficiais com tais informações (p.58), "eles põem a mesa, apresentam bacias para que todos lavem as mãos" em relação ao ritual de banquete com função religiosa por volta do ano 2100 a.C. (p.65), "onde eram servidos por criados, que eram também encarregados de lhes derramar água sobre as mãos no final das refeições", em ritual de refeição no Egito Antigo durante o Alto Império (p.76) (FLANDRIN e MONTANARI 1998).

As mãos, ao longo dos últimos anos, têm sido alvo de vários estudos, a maioria voltada para a área de infecção hospitalar. No entanto, alguns desses trabalhos foram feitos em outros grupos específicos como: Avaliação Microbiológica da Superfície de Mãos de Funcionários de Restaurante (LAGAGGIO e col. 2002); Avaliação Microbiológica em Mãos de Manipuladores de Polpa de Frutas Congeladas, (BASTOS e col. 2002), e Anti-sepsia das Mãos Orientada pelo Número de Fricções (GEIB e CÔNSUL 1992).

A pele é o órgão de revestimento e proteção do organismo indispensável à vida, impede a ação de agentes externos de qualquer natureza, dá proteção imunológica, faz termo-regulação, propicia a percepção e tem função secretória. Sua superfície apresenta sulcos e saliências particularmente acentuadas nas regiões palmo-plantares e extremidades dos dedos.

Quanto à flora bacteriana da pele, temos duas populações (MS, 1989):

1) A flora (residente), que é composta por microorganismos, em sua maioria Gram-positivos, que vivem e se multiplicam, podendo ser viáveis por longos períodos. São de difícil retirada da pele por processos mecânicos, no entanto são facilmente inativados por anti-sépticos. A maioria dos microorganismos da flora residente é encontrada na camada superficial da pele, porém, um percentual de 10 a 20% localiza-se nas fendas das mãos ou no interior dos folículos pilosos. Nesses locais, lipídios e o epitélio superficial estratificado podem dificultar sua remoção, sendo mais abundantes em torno e sob as unhas. São de baixa virulência e raramente causam infecção, exceto em pessoas imunodeprimidas, que podem apresentar infecções sistêmicas ocasionais.

2) A flora (transitória), cujos microorganismos que a compõe são viáveis por curto período de tempo, possuem bactérias mais fáceis de serem removidas, pois se encontram na superfície, junto à gordura e sujidades. A flora transitória das mãos é a responsável pela maioria dos processos infecciosos no meio hospitalar. É importante ressaltar que na região palmar existem bactérias com os mais variados graus de patogenicidade, que na maioria das vezes não causam problemas em função

da barreira fisiológica protetora, mas nos casos de pessoas imunodeprimidas ou com solução de continuidade na pele poderá haver a instalação de processos infecciosos.

A epidemiologia (MS, 1999), define "higiene pessoal e alimentar" como uma das medidas de controle a serem adotadas na prevenção das "Doenças Diarréicas Agudas". Uma das orientações apontadas pelo Ministério da Saúde Brasileiro é o monitoramento das doenças diarréicas agudas - MDDA, estratégia que permite analisar as mudanças no comportamento epidemiológico dessa doença, que passa pela melhoria da qualidade da água, destino adequado de lixo e dejetos, controle de vetores, e a já citada higiene pessoal e alimentar.

"Diarréia – Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência" (MS, 1999).

Uma questão relacionada a "mãos sujas" é a contaminação por parasitas intestinais, dentre elas, ascaridíases, enterobíases, tricuríases e outros. Mesmo com todo conhecimento e recursos disponíveis, continua sendo problema de saúde pública. O ato simples de lavar as mãos importaria numa medida eficaz de prevenção e controle.

"Mãos sujas de terra, sujeira sob as unhas, alimentos contaminados por mãos que tocaram o solo (....), quando não se tomam medidas preventivas, são os principais veículos que levam à boca os ovos do parasito"(REY 1992, p.236-237).

A cidade de Vitória, que tem sua economia voltada para a atividade turística e comercial, com ênfase no setor de serviços, além da portuária, possuindo uma população residente de 282.611 habitantes, que somados a população flutuante, chega a 500 mil hab/dia. Esse fator é motivado por Vitória ser a capital administrativa do Estado, centro de compras no comércio e por sua agenda cultural. É uma cidade que apresenta índice de cobertura residencial com água tratada de 99,36% e esgotamento sanitário geral ou pluvial de 89,60%, para uma população domiciliada de 85,62% (IBGE, 2000).

O município é dividido em 7 regiões administrativas, possui 259 restaurantes, classificados pela vigilância sanitária do município segundo critérios de risco epidemiológico. São avaliados a estrutura física, os móveis, equipamentos e utensílios, observados os hábitos higiênicos dos manipuladores e a qualidade do alimento em todas as etapas de produção, desde o armazenamento até chegar à mesa do cliente, onde 105 estabelecimentos (40,55%) do total avaliado receberam o conceito ótimo, 85 (32,80%) foram classificados como bons, 40 (15,45%) receberam o conceito regular e 29 (11,20%) foram considerados deficientes. (SEMUS, 2003).

Foram escolhidos os restaurantes como objeto da pesquisa, devido ao grande número de pessoas que freqüentam esses estabelecimentos, o que foi caracterizado como representativo para definição da amostra ideal, alem da facilidade na coleta dos dados e fidelidade dos mesmos. Alguns pressupostos também foram considerados para justificar a escolha: a distância entre moradia e trabalho, deficiências no serviço de transporte coletivo urbano e o número de

restaurantes existentes, considerando também, que a população encontra nesses locais a alternativa viável para melhor otimizar seu tempo, com possibilidade de uma diversidade de cardápio, com preços variados, rapidez em se ter acesso ao alimento, servir-se da quantidade que desejar, ou seja, variáveis que poderiam ser facilitadoras para a realização da pesquisa e delimitação do público alvo.

Um outro fator considerado importante para a escolha desses restaurantes como o ambiente ideal para realização da pesquisa foi a idéia de que a comensalidade proporciona o prazer da aproximação, da alimentação acompanhada. (....)"fazer refeições acompanhado é prática que existe desde o início do terceiro milênio na Suméria ou, no mais tardar, no segundo milênio, em outras regiões da Mesopotâmia e da Síria", "comer e beber juntos já servia para fortalecer a amizade entre os iguais", "comensalidade e a função social das refeições"(FLANDRIN e MONTANARI 1998, p.32-33).

A hipótese sobre o hábito das pessoas higienizarem ou não as mãos, antes das refeições, já havia sido testada em um estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Agentes de vigilância sanitária estiveram em 10 restaurantes e observaram durante o período do almoço que mais de 70% dos clientes foram direto ao alimento sem lavarem as mãos, existindo possibilidade dessa hipótese ser confirmada (SEMUS Vitória, 2001).

Os estudos já realizados sobre higienização das mãos, em sua maioria voltados para a área de infecção hospitalar, mostram que a mão é a principal fonte de infecção neste meio, e que na população comum pode igualmente ser responsável por

uma série de doenças. A maioria dos casos de toxinfecção alimentar é causada por bactérias ou pelas toxinas que elas liberam e, entre as bactérias patogênicas ou causadoras de doenças, as mais comuns são: *Staphylococcus sp, Clostridium perfringens, Clostridium botulinum, Shigella spp, Escherichia coli e Bacillus cereus* (BROOKS e col. 1998).

Um trabalho realizado no Centro de Comando de Treinamento de Recrutas dos Grandes Lagos, em Illinois, mostrou que "água e sabão podem prevenir doenças". Essa máxima do senso comum foi demonstrada por um experimento efetuado com recrutas da marinha, que apresentaram 45% menos episódios de doenças respiratórias após receberem a ordem de lavar suas mãos freqüentemente. As doenças respiratórias são as causas mais comuns do afastamento de recrutas do serviço militar. A lavagem das mãos tem sido recomendada nos últimos 150 anos como uma forma simples e efetiva de evitar a difusão de doenças, porém, não apenas entre o contingente militar, as pessoas não seguem esse conselho. Os recrutas receberam orientação de lavarem as mãos ao menos 5 vezes ao dia, tendo o trabalho facilitado pela infraestrutura montada para realização dos procedimentos, como a manutenção de pias equipadas com sabonete líquido. O trabalho mostrou não existir reduções para as taxas de hospitalização, o que pode indicar que a lavagem das mãos é mais funcional para prevenir doenças menos virulentas. "A taxa geral de doenças entre 1997 a 1998 - período do estudo - era 45% inferior à taxa média do ano anterior" (RYAN, 2001).

"Morrem no mundo 2,6 milhões de crianças até 2 anos de idade vítimas da diarréia, principalmente crianças pobres, que convivem com a de falta de higiene e alimentação inadequada. É importante um trabalho junto as mães, com a finalidade de se conseguir maior assepsia, ou seja, maiores cuidados com a higiene" (Jornal da USP, 2003)

O hábito de lavar as mãos é capaz de reduzir a mortalidade infantil por diarréia. O Centro para Prevenção e Controle de Doenças (CDC), em Atlanta, nos Estados Unidos, realizou um estudo mostrando que na Tailândia a incidência de diarréia caiu 39% em comunidades que receberam materiais educativos sobre a higiene das mãos. Isso é importante se considerarmos que naquele país a questão social é grave, e que mais de dois milhões de pessoas morrem todo ano em decorrência de diarréia. A maioria é de crianças menores de 5 anos (ADLER, 2001).

Mesmo considerando hábitos culturais diferentes entre a Tailândia e o Brasil, assim como, a redução da mortalidade infantil e que a diarréia não é a principal causa de morte no Brasil, é flagrante o desafio sobre o que fazer com os grandes bolsões de pobreza, principalmente na periferia das grandes cidades, que ainda contribuem para essa estatística. Trabalhar a informação naquele país surtiu o efeito desejado, regredindo o número de casos de diarréia.

2. JUSTIFICATIVA

Estudos referenciados nas bibliografias consultadas mostram problemas nas diversas áreas que envolvem a higiene, entendendo que o tema é de relevância pública, considerando que a lavagem das mãos possibilita diminuírem os riscos de aparecimento de determinados agravos.

Está sendo proposto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, desde o ano de 2001, o desenvolvimento de ações que estimulem a higiene das mãos, além de ser uma estratégia passível de intervenção em todos os segmentos que necessitam desse procedimento como medida de segurança, com possibilidades de, em médio espaço de tempo, estabelecer uma nova cultura com mudança de hábito das pessoas. Isso não é apenas uma questão de educação, tem íntima relação com a saúde, cujos métodos preventivos são importantes no combate e controle de doenças.

Foram definidos os restaurantes em face de poder contar, de maneira sistemática, com uma população alvo considerada ideal para o objeto da pesquisa, e do município de Vitória apresentar características facilitadoras para realização da mesma, tais como: facilidade de acesso, organização do setor, apoio do Sindicato da categoria, e outros. Cerca de 35 mil pessoas freqüentam e almoçam todos os dias nesses restaurantes, número relevante se comparado à população residente.

O resultado da pesquisa servirá para orientar e alertar a população sobre a importância do ato de lavar as mãos, na prevenção e controle de agravos à saúde, podendo ser utilizado para estabelecer uma nova consciência por parte dos adultos, e que os valores podem influenciar suas atitudes e são estas que as crianças e jovens tendem a assimilar. Uma outra finalidade é contribuir com a educação infantil, hoje a criança é entendida como um ser ativo em constante interação com o meio, devendo este lhe proporcionar todas as condições favoráveis ao seu desenvolvimento e aprendizagem.

A educação não deve ser encarada somente dentro da formalidade da lei. No Brasil, a Lei Federal nº 9394 de 20 de Dezembro de 1996, exprime bem essa idéia em seu Artigo 1º, "A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais". *"A Educação não é uma fórmula da escola, mas sim uma obra da vida"* (FREINET, 2002)

O enfoque na Educação deve-se ao fato da sociedade apresentar contradições que refletem, em alguns momentos, interesses diferentes das classes sociais que nela existem, interferem em determinados aspectos da vida social. Assim, é importante entender a relação direta do homem com o mundo físico e social em suas atividades coletivas. A higiene das mãos na rotina do dia a dia passa por um processo de mudança de comportamento, que intimamente depende das técnicas e métodos da educação.

O resultado da pesquisa busca desencadear uma idéia lógica acerca da importância da mudança de hábito, enfocando a necessidade da higiene das mãos como medida preventiva geral, entendendo que o processo pode e deve, também, passar pelo Ensino Fundamental nas Escolas. "A educação sanitária das crianças e dos adultos que delas cuidam (e devem dar o exemplo) terá que assegurar a implantação de hábitos tais como: Lavagem das mãos antes de comer ou de manusear alimentos" (REY 1992, p.237).

3. OBJETIVO GERAL

Pesquisar a freqüência e o hábito de higienização das mãos antes das refeições, em clientes de restaurantes, no município de Vitória/ES.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar o número de pessoas que higienizam as mãos;

b) Caracterizar o perfil dos clientes desses restaurantes;

c) Definir por que lavam ou não as mãos antes das refeições;

d) Utilizar a pesquisa como estratégia de intervenção, considerando a hipótese do projeto.

5. METODOLOGIA

Os dados foram coletados pelo pesquisador, com a participação de 10 voluntários, todos estudantes, com segundo grau completo, alunos do curso de Técnico de Enfermagem da Escola Técnica de Enfermagem do Espírito Santo – ETESES. Na realização da coleta de dados, foram formados dois grupos: um grupo constituído por 6 integrantes, organizados em 03 equipes (A, B, C,) que ficou responsável pela etapa de observação dentro dos restaurantes, o outro com 04 componentes, realizou as entrevistas de acordo com o roteiro (anexo 4).

Inicialmente foi feita a identificação de cada restaurante e sua distribuição segundo as 07 regiões administrativas do município, caracterizando se os estabelecimentos possuíam pias para higienização das mãos, com fácil acesso visual, caracterizado pela presença do lavabo na área onde os clientes realizavam as refeições e se os mesmos eram dotados de sabão líquido e toalha descartável, conforme determina o Código Sanitário em Vitória/ES [Lei Municipal nº 4424/97].

Para efeito da pesquisa definimos apenas os restaurantes com atividade self-service como objeto totalizando 152 estabelecimentos

Foi utilizada a técnica da "amostragem sistemática" para definição do universo amostral na etapa de observação. Foi previsto que a coleta de dados seria realizada ao longo de um período de tempo, e arbitrado um ritmo para tomada das unidades alvo para compor a amostra. Como o total de restaurantes da amostra é de

152 unidades, selecionamos 51 unidades (valor n, tamanho da amostra desejada) a partir de uma lista na qual sorteamos o número 01 (valor i, que chamamos de início casual) entre 03 (valor k, intervalo da amostragem), sendo que iniciamos a coleta de dados a partir do restaurante 01 e sucessivamente a cada intervalo de três estabelecimentos.

$$\frac{N}{n} = k \qquad \frac{152}{n} = 3 \qquad n = 50{,}66 \quad n = 51$$

A todos os restaurantes envolvidos na pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Ético (anexo 1). A mesma solicitação foi feita aos entrevistados (anexo 2).

Foi realizado um pré-teste envolvendo 9 restaurantes, que não faziam parte do universo amostral definido para a realização da pesquisa, onde foram observados 1073 clientes, durante nove dias. Aqui não foram analisados os resultados quanto à variável 'higienizar ou não as mãos antes das refeições', apenas questões relativas à dinâmica de aplicação do método. O número de clientes e refeições servidas foi informado pelos restaurantes apenas durante esta etapa. Esse dado foi coletado no dia seguinte pelo pesquisador, estratégia utilizada para avaliar a técnica aplicada, e a desempenho da equipe segundo a sua capacidade de observação, de acordo com a dinâmica estabelecida.

As dificuldades encontradas foram discutidas passo a passo com as equipes, o que facilitou o desenvolvimento da pesquisa, ainda durante o pré-teste, sendo que em alguns casos, naqueles restaurantes mais conhecidos e de grande movimento, houve a intervenção prévia do pesquisador, momento antes da coleta de dados, sensibilizando os proprietários quanto à importância científica da pesquisa.

Foi empregada, na coleta de dados, a técnica de observação sistemática, realizada em condições controladas para responder aos propósitos pré-estabelecidos. A partir do momento em que cada cliente entrava no restaurante e acessava o alimento era feito o registro utilizando-se planilha específica (anexo 3). Nesse momento o trabalho era feito por 02 observadores para melhor segurança e caracterização da situação.

Não consideramos na observação números iguais de restaurantes quanto à existência ou não de lavatório para higiene das mãos em local visível. Isso, em função de estarmos observando e caracterizando um hábito, que, a princípio, não deveria sofrer interferência dessa variável, ou seja, quem tem o hábito de lavar as mãos, o faria independente da visibilidade do lavabo.

O roteiro de entrevista (anexo 4), seguiu o modelo padronizado ou estruturado, com roteiro previamente estabelecido, com perguntas de múltiplas escolhas, e foi aplicado no momento em que o cliente terminava a refeição, na área externa do restaurante, em dia diferente da observação, para que não houvesse interferência nos resultados no ato de aplicação dessa técnica. Foram definidos números iguais de entrevistados quanto ao sexo.

Cada equipe ficou responsável por entrevistar 5 pessoas por restaurante, 2 ou 3 de cada sexo, de acordo com o planejamento. Nessa etapa, buscou-se caracterizar o perfil do usuário, identificando variáveis tais como: por que almoçam em restaurantes, a freqüência, local de domicílio, idade, profissão, renda mensal e sua percepção quanto à importância em lavar as mãos antes das refeições.

Foram utilizados dados do Censo Demográfico de 2000 para conhecimento do perfil da população estudada e melhor análise dos resultados obtidos na etapa de observação da pesquisa. As variáveis estudadas foram: "população total e não alfabetizada", "médias de ano de estudo" e "Rendimento Médio Mensal dos responsáveis pelos Domicílios", todas elas, segundo Regiões Administrativas e Sexo.

O Projeto foi apresentado ao Sindicato de Bares, Restaurantes e Similares do Espírito Santo – SINDIBARES, que participou apoiando com itens relacionados à estrutura [refeição para as equipes e sensibilização dos proprietários dos restaurantes para que os mesmos auxiliassem na logística].

A coleta de dados ocorreu em todos os dias da semana, sempre entre as 11 e 14 horas, período de maior fluxo de clientes nos restaurantes. Foram visitados 03 estabelecimentos/dia, entre os meses de abril e maio de 2004.

Os dados foram compilados e analisados utilizando programas de computação [EPI INFO – Versão 6.03 em português para ambiente MS-DOS, desenvolvido pelo Centers for Disease Control's (CDC) e EXCEL].

6. RESULTADOS

No pré-teste foram relatados alguns problemas durante a observação: posicionamento da equipe no salão de refeições, dificuldade nas anotações no horário de maior movimento do restaurante em função do trânsito simultâneo de pessoas que buscavam o alimento e aqueles que se dirigiam ao caixa para pagamento da conta, preocupação do anotador de que o erro poderia trazer prejuízo quanto à análise dos resultados. Em alguns casos, intervenção do proprietário dos estabelecimentos junto a equipe, para que a mesma se mantivesse anônima e não causasse constrangimento aos clientes caso percebessem serem eles, alvos da pesquisa.

O número de refeições servidas nos restaurantes durante a realização do pré-teste não apresentou diferenças percentuais significativas entre o total observado e total informado (Tabela 1).

Tabela 1 - Número total de clientes observados e informados durante o pré-teste, segundo percentual de diferença por restaurantes – Vitória/ES - 2004.

	Total		
Restaurantes	**Observado**	**Informado**	**Diferença (%)**
1	146	159	8,9
2	133	141	6,01
3	140	128	-8,58
4	117	130	11,1
5	151	168	11,2
6	119	126	5,8
7	124	127	2,4
8	76	80	5,2
9	67	75	11,9
Total	**1073**	**1134**	**5,06**

O roteiro de entrevista foi aplicado a 255 clientes de restaurantes no momento em que os mesmos saiam dos estabelecimentos após as refeições. A tabela 02 mostra a freqüência segundo o sexo dos entrevistados, onde 55,58% (129) dos entrevistados eram do sexo masculino e 49,42% (126) eram do sexo feminino.

Tabela 2 - Distribuição do número e percentagem de clientes entrevistados segundo sexo – Vitória/ES – 2004.

Sexo	Nº	%
M	129	55,58
F	126	49,42
Total	**255**	**100,00**

A tabela 3 mostra o número e percentagem dos entrevistados segundo a faixa etária, com predominância para aquela compreendida entre 40 e 50 anos, correspondendo a 40,78% (104) da população entrevistada.

Tabela 3 - Distribuição do número e percentagem de entrevistados segundo faixa etária – Vitória/ES – 2004.

Faixa Etária		Nº	%
10	20	20	7,84
20	30	30	11,76
30	40	62	24,31
40	50	104	40,78
50	60	36	14,11
60	+	2	0,78
Total		**255**	**100**

Na tabela 4 observa-se a freqüência informada pelos entrevistados, quanto ao número de dias que almoçam em restaurantes por semana. Essa variável permite caracterizar que, como a maioria das pessoas entrevistadas freqüenta restaurantes de 3 a 5 dias úteis (79,2%) por semana, que o resultado da pesquisa não sofreu interferência da variável "não lavar as mãos por estar ocasionalmente fora de sua residência", onde, a princípio, existiriam fatores favoráveis à higiene das mãos antes das refeições.

Tabela 4 - Distribuição do número e percentagem de pessoas entrevistadas segundo o número de dias na semana que freqüentam restaurantes – Vitória/ES – 2004

	Entrevistados	
Dias	**Nº**	**%**
1	20	7,85
2	30	12,95
3	62	24,30
4	36	14,10
5	104	40,80
Total	**255**	**100**

A tabela 05 mostra a distribuição de acordo com o grau de instrução dos entrevistados, onde 1,2% possuíam o ensino fundamental completo (até a 4ª série do 1º grau) ou fundamental incompleto (até a 8ª série do 1º grau), 15,7% com ensino fundamental completo ou possuíam ensino médio (2º grau) incompleto, 46,5% tinham o ensino médio completo ou superior incompleto e 36,6% possuíam curso superior completo. Do total, 83,1% dos entrevistados tinham segundo grau completo, cursavam ou tinham concluído curso superior.

Tabela 5 - Distribuição do número e percentagem de entrevistados, segundo Grau de Instrução - Vitória/ES – 2004

Grau de Instrução (*)	Entrevistados	
	Nº	%
1	-	-
2	03	1,2
3	40	15,7
4	118	46,5
5	93	36,6
Total	**255**	**100**

(*) 1. NÃO ESTUDOU / FUND. INCOMPLETO (até a 4ª série do 1° grau)
2. FUND. COMPLETO (até a 4ª série do 1° grau) FUND. INCOMPLETO (até a 8ª série do 1° grau)
3. FUND. COMPLETO (até a 8ª série do 1° grau) / ENSINO MÉDIO (segundo grau) INCOMPLETO
4. ENSINO MÉDIO (segundo grau) COMPLETO / SUPERIOR INCOMPLETO
5. SUPERIOR

A tabela 06 mostra a renda dos entrevistados de acordo com o número de salários mínimos vigente na época, sendo que 20,40% possuiam renda até 3 salários, 66,7% de 3 a 10 salários e 10,20% de 10 a 20 salários mínimos. Nenhum dos entrevistados informou renda acima de 20 salários mínimos. Entre os entrevistados, um total de 8 pessoas não informaram renda em função de serem dependentes de outros. Eram 6 estudantes secundaristas e 2 adultos do sexo feminino que informaram não trabalhar e que vivem da renda do marido.

Tabela 6 - Distribuição do número e percentagem de entrevistados segundo renda mensal em salários mínimos – Vitória/ES – 2004

Renda Mensal (*)	Entrevistados	
	Nº	%
1	52	20,40
2	169	66,27
3	26	10,20
4	-	-
5	-	-
6	8 (**)	3,13
Total	**255**	**100**

(*) 1. Até R$ 780,00 (3 SM)
2. De R$ 781,00 a R$ 2.600,00 (3 a 10 SM)
3. De R$ 2.601,00 até R$ 5.200,00 (10 a 20 SM)
4. De R$ 5.201,00 até R$ 13.000,00 (20 a 50 SM)
5. Mais de R$ 13.000,00 (+ de 50 SM)
6. Ausência de Renda

(**) Não possuem renda declarada em função de serem dependentes de outros.

A tabela 07 mostra a freqüência com que os entrevistados informaram que lavam as mãos antes das refeições. Do total, 96 (74,41%) entrevistados do sexo masculino afirmam sempre lavar as mãos antes das refeições, 03 (2,32%), lavam algumas vezes, e 34 (23,25%), informam não lavar algumas vezes. Entre os do sexo feminino, 79 (71,42%) relataram sempre higienizar as mãos antes das refeições e 36 (28,57%) informam que algumas vezes não o fazem.

Tabela 7 - Distribuição do número e percentagem de clientes segundo sexo e freqüência informada quanto a lavagem das mãos antes das refeições – Vitória/ES - 2004

Freqüência	**SEXO**			
	M		**F**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**
Sim (Sempre)	96	(74,41)	90	(71,42)
Não (Nunca)	-	-	-	-
Algumas Vezes Sim	03	(2,32)	-	-
Algumas Vezes Não	30	(23,25)	36	(28,57)
Total	**129**	**(100)**	**126**	**(100)**

Para uma melhor abordagem dos resultados da etapa de observação da pesquisa, foram utilizadas, como dados secundários, as informações do Censo Demográfico 2000, caracterizando o perfil sócio econômico das sete regiões administrativas da cidade, nesse caso, através das variáveis consideradas importantes e que poderiam interferir no resultado da pesquisa. Aqui será mostrada a relação entre a população total e o grupo não alfabetizado por região (Tabela 8), a média por ano de estudo da população segundo sexo e regiões administrativas (Tabela 9) e o rendimento médio dos responsáveis pelos domicílios segundo sexo e regiões administrativas (Tabela 10).

A tabela 8 mostra taxas de analfabetismo com diferenças entre as regiões administrativas. As regiões 5 e 6 apresentam taxas menores contrastando com as regiões 2, 3 e 4 que possuem percentuais semelhantes, e a região 7, onde o número de pessoas não alfabetizadas está bem acima da média do município.

Tabela 8 - Distribuição da população total e não alfabetizada segundo Regiões Administrativas – Vitória/ES - 2004

Região	População Total	Não Alfabetizadas	%
01	18853	982	5,20
02	36600	3114	8,50
03	33743	3026	8,96
04	53312	4810	9,02
05	28293	561	1,98
06	83092	2518	3,03
07	28718	3903	13,59
Total	**282611**	**18914**	**6,69**

Fonte: Censo Demográfico/2000

Quando avaliados os números referentes à média de anos de estudo segundo sexo (Tabela 9), a região 01, centro da cidade, com mais de 450 anos de fundação, apresenta média semelhante entre homens e mulheres, com segundo grau incompleto; a região 02 é a segunda mais antiga, com área de invasão desordenada em manguezais e morros, alcançando, na média, apenas o primeiro grau; As regiões 03 e 04 também não alcançam o segundo grau completo. As regiões 05 e 06 são as áreas mais desenvolvidas de Vitória, com melhor infra-estrutura geral, com bairros mais recentes e organizados, próximos às praias e com maiores investimentos por parte do poder público ao longo dos últimos anos, e que na tabela aparece com a população geral alcançando o 2° grau e chegando ao nível superior. A região 07 é a mais pobre da cidade, com grandes áreas de invasões desordenadas, com ocupação dos mangues e áreas pertencentes à União, sendo que a maioria delas não possui

legalização territorial por parte de seus ocupantes, com a média de escolaridade de seus moradores não ultrapassando o primeiro grau.

Tabela 9 - Distribuição dos números referentes as médias de ano de estudo segundo Regiões Administrativas e Sexo –Vitória/ES – 2004

Região	Média de Ano de Estudo	
	Homens	Mulheres
01	9,90	9,00
02	6,95	5,86
03	8,54	7,46
04	7,15	5,86
05	13,28	11,63
06	11,60	10,62
07	5,40	4,42
Total	**8,97**	**7,83**

Fonte: Censo Demográfico/2000

O rendimento médio mensal da população (Tabela 10), segundo as regiões administrativas, destacam as médias salariais baixas das regiões 02, 04 e 07 contrastando com valores mais altos para as regiões 05 e 06. No geral, os valores informados atribuídos às mulheres são menores do que a dos homens, estando, na média, cerca de 50% menores. (CENSO, 2000)

Tabela 10 - Distribuição do Rendimento Médio Mensal dos responsáveis pelos Domicílios segundo Regiões Administrativas e Sexo –Vitória/ES – 2004

Região	Rendimento Médio Mensal	
	Homens	Mulheres
01	1.693,89	1.117,60
02	639,81	390,31
03	1.301,57	848,18
04	774,88	450,35
05	4.227,42	2.399,44
06	2.436,99	1.407,74
07	387,00	242,26
Total	**1.637,36**	**836,55**

Fonte: Censo Demográfico/2000

A tabela 11 mostra o número total de restaurantes visitados de acordo com a metodologia definida, segundo as regiões Administrativas. São 51 estabelecimentos definidos para fazerem parte da amostra, distribuídos proporcionalmente por região administrativa.

Tabela 11 - Distribuição do número de restaurantes visitados e total, segundo Regiões Administrativas – Vitória/ES – 2004.

Região	Nº Total	Nº Visitados
01	35	12
02	09	03
03	32	11
04	05	01
05	34	12
06	33	11
07	04	01
Total	**152**	**51**

Uma variável estudada foi à existência de pia para lavagem das mãos (Tabela 12), em local visível e de fácil acesso visual por parte dos clientes que entrassem nos restaurantes. A visibilidade do lavabo poderia ser um estímulo ao ato de lavar as mãos. Identificou-se que 68,5% (35) dos estabelecimentos possuíam a pia no local em que eram realizadas as refeições, normalmente posicionadas no fundo do salão, o qual o cliente deveria atravessar, passando pela pista onde estavam acondicionados os alimentos a serem acessados pelos comensais. Os outros 31,5% (16) não possuíam pia no salão de refeições, estando as mesmas situadas na área externa ou no interior dos banheiros.

Tabela 12 - Distribuição do número e percentagem de restaurantes, segundo a existência de pia para lavagem das mãos de clientes no salão de refeições – Vitória/ES - 2004

Freqüência	Existência de Pia (%)
Sim	35 (68,5%)
Não	16 (31,5%)
Total	**51 (100 %)**

Os clientes que entraram nos restaurantes e foram direto ao banheiro não fizeram parte das estatísticas, em face da inviabilidade em realizar a observação, exceto aqueles que, após a saída do banheiro, lavaram as mãos na pia do salão. Alguns restaurantes não possuíam pia para higienização das mãos no interior dos banheiros, apenas na área de salão. Nesses, os clientes foram considerados.

Durante a pesquisa foram observados 6578 clientes (Tabela 13). Os percentuais são proporcionais ao número de clientes por região.

Tabela 13 - Distribuição do número e percentagem de clientes observados, segundo Regiões Administrativas – Vitória/ES - 2004

Região	Nº	%
01	1490	22,65
02	276	4,19
03	1544	23,47
04	125	1,90
05	1599	24,30
06	1506	22,89
07	38	0,57
Total	**6578**	**100,00**

Entre o número total de clientes observados, verificou-se, em relação ao sexo, uma freqüência maior dos homens nos restaurantes, na proporção de 2:1 (Tabela 14), permanecendo esse dado uniforme em todas as regiões.

Tabela 14 - Distribuição do número e percentagem de clientes observados nos restaurantes, segundo Regiões Administrativas e Sexo – Vitória/ES – 2004

	Clientes Observados (6578)			
	M		F	
Região	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
01	1000	15,20	490	7,44
02	186	2,82	90	1,36
03	1024	15,56	520	7,90
04	84	1,27	41	0,62
05	1114	16,93	485	7,37
06	1030	15,65	476	7,23
07	23	0,34	15	0,22
Total	**4461**	**67,80**	**2117**	**32,20**

Na Tabela 15, entre 6578 clientes observados, 1914 (29,0%) fizeram a higiene das mãos com água ou água e sabão, antes de acessarem os alimentos. As regiões 01, 06 e 07 apresentam freqüências menores que as outras.

Tabela 15 - Distribuição do número e percentagem de clientes que lavaram as mãos antes das refeições, segundo regiões administrativas e total observado – Vitória/ES - 2004

	Clientes		
Região	**Nº Total**	**Nº**	**%**
01	1490	411	27,5
02	276	93	31,8
03	1544	475	30,7
04	125	38	30,4
05	1599	487	30,4
06	1506	400	26,5
07	38	10	26,3
Total	**6578**	**1914**	**29,0**

Quando comparados o número de pessoas que lavaram as mãos antes das refeições e o total observado por sexo (Tabela 16), o feminino apresenta freqüência maior em todas as regiões, na média, 25,26% para o sexo masculino e 37,17% para o feminino. Isso significa dizer, em termos estatísticos, que as mulheres apresentaram freqüência de 11,91% maior do que a dos homens em relação a efetuar a higiene de mãos antes das refeições.

Tabela 16 - Distribuição do número e percentagem de clientes que lavaram as mãos antes das refeições em restaurantes, segundo Região Administrativa, Sexo e Total Observado – Vitória/ES

	Clientes					
	M			F		
Região	**Observado**	**Lavaram**	**%**	**Observado**	**Lavaram**	**%**
01	1000	250	25,00	490	161	32,85
02	186	45	24,19	90	48	53,33
03	1024	293	28,61	520	182	35,00
04	84	20	23,80	41	18	43,90
05	1114	296	26,57	485	191	39,38
06	1030	218	21,16	476	182	38,23
07	23	5	21,73	15	5	33,33
Total	**4461**	**1127**	**25,27**	**2117**	**787**	**37,10**

Na Tabela 17, entre 6578 clientes observados nos restaurantes, 4664 (71,00%) foram direto ao alimento sem antes efetuarem a higiene das mãos com água ou água e sabão. As regiões 01, 06 e 07 apresentam freqüências maiores referentes a essa variável, bem como características sócio-econômicas diferentes entre elas. Nas regiões mais desenvolvidas, onde os restaurantes apresentam nível de sofisticação maior e a população apresenta escolaridade mais elevada, os resultados observados são semelhantes a outras regiões que apresentam as características diferentes.

Tabela 17 - Distribuição do número e percentagem de clientes que não lavaram as mãos antes das refeições, segundo regiões administrativas e total observado – Vitória/ES - 2004

		Clientes	
Região	**Nº Total**	**Nº**	**%**
01	1490	1079	72,4
02	276	183	66,3
03	1544	1069	69,2
04	125	87	69,6
05	1599	1112	69,5
06	1506	1106	73,4
07	38	28	73,6
Total	**6578**	**4664**	**71,00**

Quando comparados o número de pessoas que não lavaram as mãos antes das refeições e o total observado por sexo (Tabela 18), o masculino apresenta freqüência maior (74,73%) em todas as regiões, contra 62,90% para o sexo feminino.

Tabela 18 - Distribuição do número e percentagem de clientes que não lavaram as mãos antes das refeições em restaurantes, segundo Região Administrativa, Sexo e Total Observado – Vitória/ES

	Clientes					
	M			F		
Região	**Observado**	**Não Lavaram**	**%**	**Observado**	**Não Lavaram**	**%**
01	1000	750	75,00	490	329	67,14
02	186	141	75,80	90	42	46,66
03	1024	731	71,38	520	338	65,00
04	84	64	76,19	41	23	56,09
05	1114	818	73,42	485	294	60,61
06	1030	812	78,83	476	294	61,76
07	23	18	78,26	15	10	60,66
Total	**4461**	**3334**	**74,73**	**2117**	**1330**	**62,90**

O Gráfico I mostra a relação, em números absolutos, entre o número total de clientes observados e o número de clientes que lavaram e não lavaram as mãos antes das refeições.

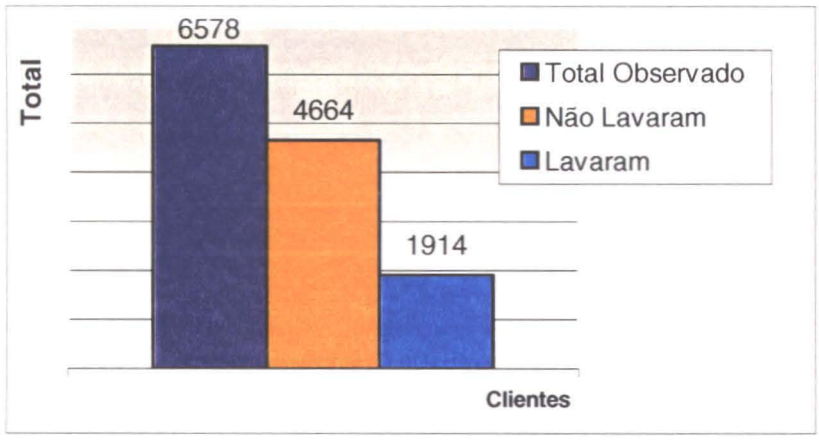

Gráfico I - Nº de clientes que lavaram e não lavaram as mãos antes das refeições e total observado – Vitória/ES - 2004

O Gráfico II mostra a relação entre o número total observado e o número de clientes que lavaram e não lavaram as mãos antes das refeições e respectivos percentuais segundo sexo.

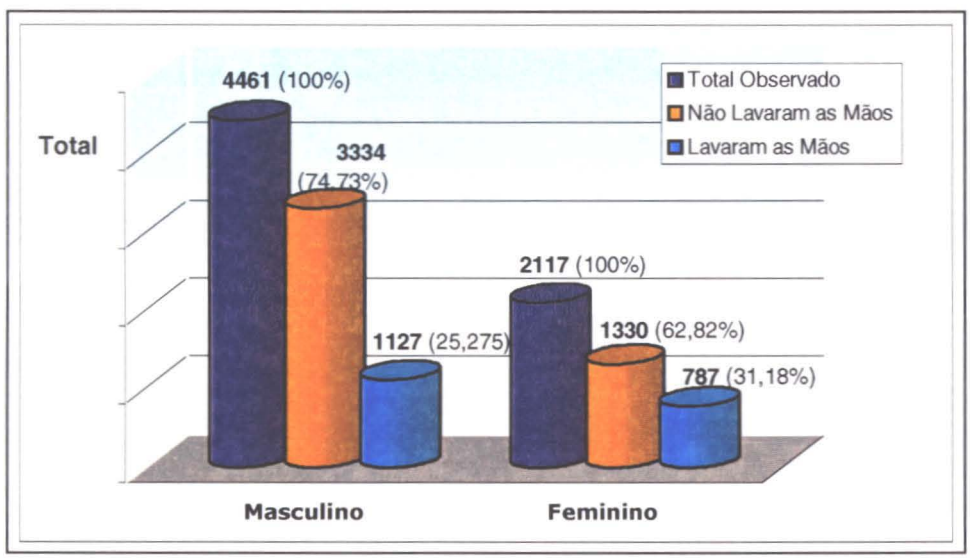

Gráfico II - Número e percentagem de clientes que lavaram e não lavaram mãos antes das refeições em restaurantes, segundo Sexo e Total Observado – Vitória/ES – 2004

7. DISCUSSÃO

O lavar as mãos e sua história se confundem com a necessidade e a banalização do ato no dia a dia, desde os banquetes nos palácios dos soberanos Yasmah-Addu (1766-1776 a.C.) e Zimri-Lim (1775-1761 a.C.), passando por Ignaz Semmelweis, médico húngaro responsável por uma revolução no meio, ao afirmar que a mão era o principal veiculo responsável pelas infecções hospitalares, chegando aos dias atuais, onde a Professora Magda Carneiro Sampaio, do Instituto de Ciências Biomédicas da USP, afirma em sua entrevista ao Jornal da USP de 27 de julho de 2003, que morrem por ano no mundo cerca de 2,6 milhões de crianças até dois anos de idade, vítimas da falta de higiene e de alimentação inadequada. A pesquisadora falou "sobre a importância do trabalho com mães de baixa renda, no sentido de educá-las para conseguir maior assepsia, ou seja, maiores cuidados com a higiene"; com isso, aliado aos resultados da pesquisa, entendemos que a população, de modo geral, não tem o hábito de lavar as mãos antes das refeições e, provavelmente, frente a outras situações no dia a dia.

Chama atenção o fato de, mesmo existindo vários trabalhos acerca de mão, ainda encontrarmos problemas, sejam eles no meio hospitalar, na produção de alimentos, ou relacionado ao hábito, de acordo com bibliografia apresentada e os resultados da pesquisa nos restaurantes.

Foi avaliado o hábito das pessoas em higienizar as mãos antes das refeições por ser simples e demandar de cada um, poucos segundos, e que, se adotado por todos em todo o mundo, os dados negativos presentes em todas as estatísticas poderiam ser diferentes, permitindo acreditar que os custos com internação e suas complicações sociais seriam minimizados.

Foram estudadas 255 pessoas com idade a partir de 10 anos, distribuídos por faixa etária com intervalo de 10 anos entre elas. A maioria das pessoas entrevistadas (65,09%) tinha entre 30 e 50 anos, com predominância para a faixa etária de 40 a 50 anos (40,78%). Essa variável também não interferiu nos resultados já que 71% dos entrevistados, independentes do sexo, não higienizaram as mãos antes das refeições.

Em relação ao grau de instrução, 83,10% possuíam ensino médio (segundo grau) completo, superior incompleto e superior completo. Não foram identificadas pessoas que não estudaram ou não possuíam o ensino fundamental. Todos os entrevistados possuíam pelo menos o ensino fundamental completo, ou seja, a partir da 4ª série do 1° grau. Significa dizer que pelo grau de instrução da população estudada, que ela possuía conhecimento, ainda que mínimo, acerca da necessidade da higiene de mãos, fato confirmado através das entrevistas.

A maioria das pessoas (71,42%) informou que lavam as mãos antes das refeições, e 28,57% que algumas vezes não. Cem por cento dos entrevistados consideraram importante a higienização das mãos antes das refeições. Quando

perguntadas sobre o grau de importância, 97,36% (74) dos entrevistados deram grau máximo ao ato e apenas 2,64% (02) dos entrevistados, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, deu valor de grau médio. Existe tendência positiva das pessoas adotarem o hábito de lavar as mãos antes das refeições.

Quanto à renda mensal dos entrevistados, existiu uma concentração maior (66,27%) com renda entre 3 e 10 salários mínimos vigentes na época (R$ 781,00 a R$ 2.600,00). Foi identificado um grupo (3,13%) que não possuíam renda declarada por serem dependentes de outras pessoas. A pesquisa mostrou que a população entrevistada é economicamente ativa. Essa variável não interferiu nos resultados da pesquisa.

A população pesquisada, por meio do roteiro de entrevista, é composta em relação ao sexo por 55,58% (129) homens e 49,42% (126) de mulheres, números esperados em função de assim ter sido definido na metodologia do trabalho. A população feminina apresentou freqüência maior (37,10%) quanto a higienização das mãos em relação aos homens (25,27%). Não foram abordados na pesquisa os motivos que justificassem essa diferença.

Quando comparado com outros estudos realizados, observamos que a higiene de mãos influencia de forma decisiva nos resultados, um dado obtido através da pesquisa acerca do "Habito de Lavagem das Mãos: estudo de prevalência em uma unidade de tratamento intensivo de trauma" (OPPERMANN e col. 1994), mostrou uma prática ineficiente quanto aos riscos, entre os profissionais que mais necessitam

lavar as mãos antes de cada procedimento de trabalho. Em termos percentuais, os auxiliares de enfermagem aderiram em 52,8% dos procedimentos, os enfermeiros em 50,9%, e os médicos apenas 18,5%. São dados preocupantes, por serem os profissionais alvos dessa pesquisa treinados em relação à necessidade da higiene das mãos antes e após cada procedimento, sendo que é importante ao mostrar hábito inadequado e freqüência baixa de adesão à prática de higiene de mãos, comportamento pouco diferente dos resultados obtidos observando a população geral nos restaurantes.

Outra pesquisa foi a "Avaliação microbiológica da superfície de mãos dos funcionários do restaurante universitário, da Universidade Federal de Santa Maria, RS" (LAGAGGIO e col. 2002). Numa população de manipuladores de alimentos, em que as boas práticas de higiene devem ser rigorosamente observadas, foi realizada a pesquisa do número de bactérias totais, coliformes fecais, presença de *Staphylococcus aureus e Salmonella sp* nas mãos dos trabalhadores. Nas amostras coletadas e analisadas, no ano de 1996, foram obtidas 100% de positividade exceto para *Salmonella sp*. Em 1997, 85%, e em 1998, 22,22% de positividade, na mesma população estudada nos anos anteriores. A diminuição da contaminação foi alcançada quando tomadas providências em relação à educação sanitária dos manipuladores, mostrando que o hábito de higienizar mãos é uma realidade a ser conhecida e difundida entre a população geral e entre grupos específicos.

Um trabalho abordando Aleitamento Materno e Parasitismo Intestinal Materno-Infantil (COSTA-MACEDO e REY 2000) mostrou haver associação estatisticamente significativa entre o parasitismo materno e o infantil ($p < 0,05$), detectando-se um risco 1,7 vezes maior para a criança, filha de mãe parasitada, de adquirir a infecção, mostrando nesse caso, necessidade de intervenção, por ser esse grupo parte da população geral estudada na pesquisa de hábito de lavar as mãos.

Nos Estados Unidos da América, uma pesquisa de revisão bibliográfica, entre os anos de 1995 e 1998, baseada nas normas de produção de alimentos do FDA – Food and Drug Administration, mostrou 72 artigos descrevendo 81 patologias e envolvendo 16 agentes patógenos diferentes. A maioria das pessoas pesquisadas não apresentava quadro clínico sintomático, sendo que, do total, 89% eram de manipuladores de alimentos de estabelecimentos comerciais e 11% de trabalhadores domésticos. Nos Estados Unidos são acometidos, por ano, de 3,3 a 12,3 milhões de pessoas por diversos microorganismos (*E. coli O157:H7, Listeria monocytogenes, Campylobacter jejuni, Clostridium perfringens, Toxoplasma gondii, Salmonella spp., e Staphylococcus aureus*), com um total aproximado de 3.900 mortes, situação provocada por erros no processo de manipulação de alimentos, mão contaminada e pessoas doentes (GUZEWICH e ROSS 1999).

Nessa pesquisa, são mostrados os percentuais de casos vinculados à contaminação dos alimentos, compilados em vários paises, 78% (63) nos Estados Unidos, 11% (9) no Reino Unido e 4% (3) no Canadá, além de Singapura (GOH e col. 1984), Amanm (KHURI-BULOS e col. 1994), Bahamas (Dalton e col. 1996), 03

em vôos internacionais: um originado nos USA (HEDBERG e col. 1992), um na Inglaterra (BURSLEM e col. 1990), e um em Tokyo (EISENBERG e col. 1975).

O caso de Singapura (GOH e col. 1984), refere-se à contaminação de 35 trabalhadores estrangeiros de uma construção, pelo *Vibrio cholerae*, sendo 22 casos clássicos e 15 assintomáticos. A fonte de contaminação foi o alimento preparado por dois manipuladores que estavam com a doença. O outro (KHURI-BULOS e col. 1994), ocorrido em Amman, capital da Jordânia, também se tratava de uma toxinfecção alimentar, provocada por *Salmonella enteritidis group D*, em 223 pessoas que fizeram refeição na cafeteria do "Jordan University Hospital".

Três estudos abordados trabalho de GUZEWICH e ROSS (1999) abordando infecções de origem alimentar ocorridos em vôos internacionais, o primeiro (HEDBERG e col. 1992), relata contaminação por *Shighella sonnei*, de passageiros provenientes de vôo comercial nos USA, devido ao consumo de sanduíches frios produzidos na cozinha do avião. O segundo (BURSLEM e col. 1990), a ocorrência de contaminação por salmonela em mais de mil indivíduos na Inglaterra, entre passageiros, tripulação aérea e pessoal de terra. Nesse caso, além da salmonela, outros fatores também foram responsabilizados pelo acidente, que não foram abordados nesse trabalho. Por último, EISENBERG e col. (1975), relataram um caso de alimento contaminado pelas mãos lesionadas de um manipulador, com uma taxa de ataque de 86%, atingindo 344 passageiros de um avião comercial saindo de Tokyo no Japão. A bactéria encontrada foi o *Staphylococcus aureus e suas enterotoxinas*.

Existem vários trabalhos que mostram que problemas com a contaminação de alimentos, decorrentes da falta de cuidados com a higiene das mãos, é comum e fazem parte das estatísticas em todo o mundo, e que esforços devem ser concentrados junto à população em geral, para se difundir o conhecimento e provocar mudança de comportamento junto a grupos específicos (GUZEWICH e ROSS 1999).

Um estudo sobre os custos anuais das doenças provocadas pelo alimento contaminado, que incluem danos aos indivíduos, à indústria e a saúde pública nos Estados Unidos da América, mostrou que o valor gasto estimado é de 6,5 a 35 bilhões de dólares (BUZBY & ROBERTS, 1997).

Um outro trabalho fala sobre o potencial de contaminação das mãos e essa relação com diversos tipos de papel toalha e o suporte para papel. Aborda a funcionalidade dos equipamentos (porta papel toalha) e o risco desse equipamento estar contaminado levando a contaminação cruzada, ou seja, foi estudada a possibilidade de transferência de bactérias entre mãos, toalhas e o suporte de papel, na possibilidade de um ou mais desses elementos citados estarem contaminados por microorganismos próprios das mãos. Utilizando um tipo de suporte de papel comum, vários tipos de toalhas descartáveis e voluntários com mãos limpas e contaminadas, estes foram estimulados a lavarem as mãos e em seguida, secarem utilizando técnica correta. O passo seguinte foi realizar análise de superfície dos suportes que estavam previamente limpos antes de serem usados. Os resultados mostraram que existe possibilidade de transferência de bactérias entre as superfícies. A taxa de

transferência de bactérias das mãos para o suporte ficou entre 0,01% a 0,64%, dependendo do tipo de microorganismos, com maior taxa para o papel. A contaminação a partir do ponto de saída do papel no suporte para mãos limpas foi de 12,4% a 13,1%. (HARRISON e col, 2003).

No Brasil, onde as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são freqüentes, a banalização dos quadros diarréicos que, não raramente, são tratados através de auto medicação e de outras formas de acordo com a cultura popular local, as falhas nos serviços de epidemiologia, que ainda não conseguiram implantar um sistema de notificação de agravos ideal, faz dessa situação motivo de preocupação, sendo, portanto, necessário estabelecer mecanismos de prevenção e controle.

A presença de microorganismos em produtos de origem animal afeta não somente a saúde da população onde houve o problema, mas representa também um potencial de propagação aos visitantes e aos consumidores dos países que importam esses produtos, o que faz da higiene de mãos um ato obrigatório nesse setor.

Uma pesquisa de revisão bibliográfica buscou identificar consensos e divergências sobre a higiene de mãos. Uma das estratégias utilizadas, foi a distribuição de questionários a 20 Universidades de diversos paises, buscando informações acerca das recomendações sobre higiene de mãos. O resultado mostrou algumas técnicas: "lavagem higiênica" das mãos foi definida como um procedimento realizado após a contaminação das mãos que envolvem o emprego de água e um sabonete anti-séptico com o objetivo de remover principalmente a flora transitória; a

"fricção higiênica" das mãos foi definida como a aplicação de uma solução anti-séptica sem a utilização de água corrente, com o objetivo de remover principalmente a flora transitória e a "lavagem das mãos" consiste na aplicação de água e sabonete sem adição de germicidas. Em apenas quatro guias estudados classificam as informações de acordo com evidências científicas, existindo, ainda assim, divergências sobre a categorização das medidas entre as diversas escolas. O autor chama atenção sobre a "arbitrariedade" dos guias, que privilegiam os especialistas e o laboratório, em detrimento dos estudos clínicos (WENDT, 2001).

A lavagem das mãos significa retirar da superfície da pele, os resíduos sólidos, visíveis ou não, e microorganismos da flora transitória ou residente, respeitando-se a técnica e os objetivos propostos por ela, considerando o grau do procedimento a ser realizado. Com isso, alguns problemas são encontrados e tem sua origem a partir da retirada da camada lipídica da pele pelo uso de degermantes, anti-sépticos alcoólicos e perda da umidade e água do extrato córneo. Além disso, pode ocorrer a hiper-hidratação desse extrato córneo pelo suor retido no interior das luvas durante os procedimentos. O resultado final é que o processo alérgico irritativo criado pode levar a processos inflamatórios da pele. O autor sugere o uso de sabões sem espuma como medida a ser adotada para diminuir a prevalência das lesões, considerando a pele como um órgão capaz de prevenir e combater com suas defesas naturais as doenças infecciosas. (KOWNATZKI, 2003).

Diversos estudos têm sido realizados com a finalidade de se encontrar produtos anti-sépticos que sejam mais eficazes e que proporcionem maior adesão quanto a sua utilização na higiene das mãos por todas as pessoas, profissionais que se ocupam nas mais diversas funções.

Algumas propostas quanto à informação visual (cartazes, pôsteres, cartilhas, mensagens e outros), estimulando a higiene de mãos nos locais estão se tornando hábito quase comum. Necessário se faz discutir os princípios da construção e formatação de mensagens com o fim de alertar sobre a higiene de mãos. Recomenda-se usar mensagens que enfatizem os ganhos que o profissional obtém, através da satisfação pessoal pela execução do ato, e que esses mesmos profissionais, entendam que "lavar ou não lavar as mãos, significa o mesmo trabalho, a diferença é no resultado". (JENNER 2004)

Quando analisamos os resultados da pesquisa sobre higiene de mãos nos restaurantes e os custos que podem advir de problemas relacionados com a saúde, chama atenção aqueles que incluem as despesas vinculadas em controlar a doença, tratamentos médicos, perdas de negócios e em produtividade. No mundo moderno, de recursos escassos, onde o conhecimento está presente e disponível, isso pode ser evitado.

Ter entendimento sobre a higiene de mãos é importante para a comunidade científica, para os ambientes de trabalho e para a população em geral, e envolve outros aspectos, como a secagem das mãos, o tipo de produto utilizado e

características culturais que interferem no comportamento individual e coletivo. É importante entender a realidade da existência dos microorganismos, que os mesmos são os principais causadores dos processos infecciosos e que a higiene das mãos é um mecanismo de prevenção e controle importante.

8. CONCLUSÕES

Entre 6578 clientes observados, apenas 1914 (29%) deles lavaram as mãos antes de buscarem o alimento, situação que não se alterou em todo universo pesquisado, quando distribuídos segundo regiões administrativas da cidade, ou à presença de pia para higiene das mãos em local visível.

O perfil da população estudada mostra um padrão uniforme em relação a lavar ou não lavar as mãos antes das refeições, caracterizando que esse hábito na população geral não é comum. A classe social, o grau de instrução, a renda mensal e local de moradia não foram fatores determinantes para mostrar números diferentes. Em relação ao sexo, 37,10% da população feminina lavaram as mãos antes das refeições contra 25,27% dos homens.

A maioria da população estudada mostrou uma prática inadequada, e um comportamento que não reflete os dados informados através das entrevistas com o mesmo público alvo. Os entrevistados afirmaram que a higiene das mãos é importante e relevante para a preservação da saúde e um hábito adotado por eles antes das refeições. Essa situação não foi confirmada pela pesquisa.

9. RECOMENDAÇÕES

Atenção aos riscos inerentes aos processos preventivos coletivos e individuais, obediência às leis, aos decretos, portarias, resoluções e normas, principalmente aquelas relacionadas aos cuidados com a manipulação de alimentos e procedimentos intra-hospitalares, procedimentos esses, como a exclusão de trabalhadores doentes da linha de produção alimentar, remoção sistemática de patógenos das mãos de trabalhadores que manipulam alimentos, e o uso de obstáculos para prevenir o contato das mãos com alimentos prontos. Todas as medidas devem ser implantadas a partir do momento em que se tome conhecimento do problema e consciência da necessidade da intervenção.

Reduzir o índice de infecções por parasitas intestinais é determinante para combater as anemias e as complicações que estão intimamente relacionadas aos processos de defesa imunológica. As repercussões mais severas atingem as crianças, em especial na fase pré-escolar, devido ao espólio proporcionado pelos parasitos e pelas constantes diarréias que aceleram o trânsito intestinal, dificultando a absorção dos substratos essenciais para o processo metabólico nutricional, isso quer dizer, que se medidas mais eficazes quanto à higiene corporal forem adotadas, menores os processos infecciosos parasitários, uma vez que a contaminação está intimamente relacionada a esses fatores.

Outra ação é elaborar diagnóstico sobre a realidade atual, referente às questões sanitárias básicas dos municípios, além de se revisar os valores do orçamento público destinados ao saneamento urbano, com rigor na aplicação e fiscalização dos recursos liberados.

Em alguns países e regiões brasileiras a pobreza é absoluta, sendo necessário intervir de toda maneira e minimizar os problemas decorrentes desse quadro. Medidas simples e eficazes podem ser tomadas, como a distribuição de material informativo falando da higiene geral e das mãos.

Em relação aos problemas que cursam com a doença diarréica, se deve melhor trabalhar a informação junto às mães, para que o hábito de lavar as mãos esteja presente no seu dia a dia e da família, diminuindo riscos desnecessários à população lactente e até os 5 anos de idade. É possível utilizar a estratégia de Saúde da Família como apoio, inserindo a orientação acerca da higiene geral como objeto do programa.

Implantar rotina de higiene dos equipamentos utilizados para lavagem das mãos.

Envolver a comunidade escolar no processo de aprendizagem, fazendo multiplicadores, é determinante para se iniciar a mudança necessária junto às populações futuras, que terão inseridas no seu dia a dia o hábito da higiene corpórea e em especial a das mãos.

Atenção das autoridades públicas quanto à necessidade de desenvolver ações que promovam conscientização e conseqüente mudança de comportamento por parte de toda a sociedade em relação a higiene de mãos.

Incentivo à pesquisa, destinando recursos aos órgãos públicos, criando alternativas para que instituições privadas também façam investimentos nessa área, estimulando-as a buscarem temas relacionados à saúde pública.

Incluir nos currículos escolares, do ensino fundamental ao nível superior, informações que estimulem a discussão acerca da importância da higiene geral e de mãos.

Pesquisar sobre a probabilidade de transferência de microorganismos das mãos para o alimento e das mãos para a boca, relação com as superfícies, quantidade de microorganismos, e a defesa individual da população alvo, considerando faixa etária, doenças associadas, carências nutricionais ou uso de medicamentos.

O processo de desenvolvimento do conhecimento acerca da higiene de mãos deve começar nas residências, se estender à escola e se fundamentar na prática do dia a dia. Essa prática envolve comportamento humano e alterar comportamento humano é complexo constituindo um grande desafio. A promoção não pode ficar restrita as áreas da saúde. É preciso criar a cultura de promover higiene das mãos em todos os níveis sociais, para estabelecer a fundamentação onde se criaria uma estrutura promovendo a aceitação.

No entanto, a higiene de mãos não é a única medida a ser utilizada na prevenção e controle das infecções por agentes microbianos, mas parte integrada de uma política que envolve e compromete toda a sociedade. Confiança, mudança de comportamento, responsabilidade e compromisso ético, são bens inalienáveis do ser humano, que estão disponíveis para serem utilizados. É necessário adotar medidas no sentido de se direcionar os estudos, também, para a área social, formulando propostas com a finalidade de se modificar hábitos que comprometam a saúde e que interfiram no desenvolvimento e propagação do conhecimento.

Cuidar da higiene é determinante para uma vida mais saudável. É obrigação de toda a sociedade, é compromisso expresso em lei e acima de tudo, um direito de todo cidadão.

10. REFERÊNCIAS

Adler A.Universidade Federal do Rio de Janeiro **Lavar as mãos salva vidas**.clipping.[on line] 2001; Disponível em< URL: http://www2.uerj.br/ ~clipping/Outubro/d16/ lavarmaos_extra.htm> [2002Out22].

Asti VA. **Metodologia da Pesquisa Científica**.Porto Alegre: Globo; 1968.

Bastos MSR, Feitosa T, Borges MF, Oliveira MEB, Azevedo EH, Cunha VA. e col. Avaliação microbiológica das mãos de manipuladores de polpa de frutas congelada. **Hig. aliment**.2002;16(94):55-57.

Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD.**Bioestatística**.1ª ed.São Paulo.Editora Pedagógica e Universitária Ltda.1981.

Brasil.Lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 23dez1996.

Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.Centro de Documentação.**Lavar as Mãos.** Brasília (DF).1ª reimpressão; 1989. [Informações para profissionais de Saúde].

Brasil.Ministério da Saúde.Fundação Nacional de Saúde.CENEPI. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Brasília (DF); 1999.

Brasil.Ministério da Saúde.Conselho Nacional de Saúde.Resolução n. 196/96 Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.**Diário Oficial da União**, Brasília, DF,16out1996.Seção I, p.21.082.

Brooks GF, Butel JS; Morse SA. **Microbiologia Médica**.21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

Burslem CD, Kelly MJ, Preston FS. Food poisoning--a major threat to airline operations.**J Soc Occup Med**.1990 Autumn;40(3):97-100. Erratum in:J Soc Occup Med 1991.Summer;41(2):95.

Buzby JC, Roberts T.Economic costs and trade impacts of microbial foodborne illness.**World Health Stat Quartely**.1997;50(1-2):57-66.

Costa-Macedo LM, Rey L.Aleitamento e parasitismo intestinal materno-infantil.***Rev. Soc. Bras. Med. Trop.***2000jul./ago04;33(4):371-375.

Dalton CB, Haddix A, Hoffman RE, Mast EE.The cost of a food-borne outbreak of hepatitis A in Denver, Colo.**Arch Intern Med**. 1996 May 13;156(9):1013-6.

Eco H.**Como se Faz uma Tese**. 17ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2002.

Eisenberg MS, Gaarslev K, Brown W, Horwitz M, Hill D.Staphylococcal food poisoning aboard a commercial aircraft.**Lancet**. 1975 Sep 27;2(7935):595-9.

Flandrin JL, Montanari M.**História da Alimentação**. 3ª ed.São Paulo: Estação Liberdade; 1998.

Freinet C. **Pedagogia do Bom Senso.** 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Fundação IBGE. **Anuário estatístico do Brasil**: 2000.Vitória-ES; 2001.

Geib LTC, Consul RDP. Anti-sepsia das mãos orientada pelo número de fricções. **Rev. méd. Hosp. São Vicente de Paulo**;1992;4(9):18-23

Goh KT, Lam S, Kumarapathy S, Tan JL. A common source foodborne outbreak of cholera in Singapore.**Int J Epidemiol**.1984Jun;13(2):210-5.

Hedberg CW, Levine WC, White KE, Carlson RH, Winsor DK, Cameron DN, et al. An international foodborne outbreak of shigellosis associated with a commercial airline.**JAMA**.1992 Dec 9;268(22):3208-12.

Jenner EA, Jones F, Fletcher B(C), Miller L, Scott GM.Hand hygiene posters:selling the message. **J Hosp Infect**.2005Jul; 59(2):77-82

Jumaa PA.Hand hygiene: simple and complex.**Int J Infect Dis**.2005Jan;9(1):3-14.

Khuri-Bulos NA, Abu Khalaf M, Shehabi A, Shami K. Foodhandler-associated Salmonella outbreak in a university hospital despite routine surveillance cultures of kitchen employees.**Infect Control Hosp Epidemiol**.1994May;15(5):311-4.

Kownatzki E.Hand hygiene and skin health.**J Hosp Infect**. 2003Dec;55(4):239-45.

Lakatos EM, Marconi MA.**Fundamentos da Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Lagaggio VRA, Flores ML, Segabinazi SD.Avaliação microbiológica da superfície de mãos dos funcionários do restaurante universitário, da Universidade Federal de Santa Maria, *RS.* **Hig. Aliment**.2002;16(100):107-110.

Laurenti R, Jorge MHPM; Lebrão ML, Gotlieb SLD.**Estatística de Saúde**.2ª ed.São Paulo.Editora Pedagógica e Universitária Ltda.1987.
Ministério da Saúde.Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Lavagem das Mãos. **Notícias da ANVISA.Diário e Mensal** [on line] 2001; Disponível em< URL: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/1045_1htm#>

Oppermann CM, Anagnostopoulos F, Santos MLM.Habito de lavagem das mãos: estudo de prevalência em uma unidade de tratamento intensivo de trauma.**Rev.HPS**. 1994;40(1):27-31,

Rey L. **Bases da Parasitologia Médica. Rio de Janeiro**: Guanabara Koogan; 1992.

Ryan MA. Handwashing and respiratory illness among young adults in military training.**American Jorn of Prev Med**.2001;21:79-83.

Universidade de São Paulo.Faculdade de Saúde Pública.**Guia de Apresentação de Teses**.2ª impressão.São Paulo; 2001.

Vacinas.**Jornal da USP**, São Paulo, 2003 Jul 21-27; Nac p.3.

Vitória.Código Sanitário, lei n.4424 de 15 de abril de 1997.Estabelece normas de ordem pública e interesse social para proteção, defesa, promoção, prevenção e recuperação da saúde.**Diário Oficial (Jornal A Gazeta)**. Vitória, 15abr1997. Seção Classificados.

Wendt C.Hand hygiene--comparison of international recommendations.**J Hosp Infect**. 2001Aug;48 Suppl A:S23-8.

ANEXO I

Termo de Consentimento Ético
RESTAURANTE

Eu, _____,CPF _____, sócio proprietário da empresa _____, CNPJ _____, Alvará Sanitário nº _____, declaro estar ciente e de acordo em participar da pesquisa sobre "Hábito dos clientes em lavar as mãos antes das refeições", em restaurante tipo self-service, no município de Vitória/ES.

A pesquisa consiste em aplicar a técnica de observação simples, durante o almoço, utilizando os resultados como estratégia de orientação quanto a possíveis problemas decorrentes da não higienização das mãos, estando ciente de tratar-se de trabalho científico cujo teor poderá ter divulgação pública, respeitando e não identificando no corpo do projeto de pesquisa, de forma direta ou indireta, o nome do restaurante, dos participantes ou situação que crie constrangimento aos mesmos.

A participação na pesquisa é importante para o desenvolvimento do conhecimento e suas aplicações na prevenção de doenças, no entanto, a participação é facultativa.

A pesquisa trata-se de um trabalho para o Curso de Mestrado em Saúde Pública coordenado pela Universidade de São Paulo-USP e FAESA.

Vitória, _____ de _____ de 2004.

_____
Proprietário

ANEXO II

Termo de Consentimento Ético
ENTREVISTADO

Eu, _____,CPF _____,
declaro estar ciente e de acordo em participar da pesquisa sobre "Hábito dos clientes em lavar as mãos antes das refeições", em restaurantes tipo self-service, no município de Vitória/ES.

O trabalho pretende buscar informações importantes para a Saúde Pública, utilizando um formulário de entrevista a ser aplicado aos clientes durante o período do almoço, utilizando os resultados como estratégia de orientação quanto a possíveis problemas decorrentes da não higienização das mãos, estando ciente de tratar-se de trabalho científico cujo teor poderá ter divulgação pública, respeitando e não identificando no corpo do projeto de pesquisa, de forma direta ou indireta, o nome dos participantes ou situação que crie constrangimento aos mesmos.

A participação na pesquisa é importante para o desenvolvimento do conhecimento e suas aplicações na prevenção de doenças, no entanto, a participação é facultativa.

A pesquisa trata-se de um trabalho para o Curso de Mestrado em Saúde Pública coordenado pela Universidade de São Paulo-USP e FAESA.

Vitória, _____ de _____ de 2004.

_____
Entrevistado

ANEXO III

PLANILHA DE REGISTRO - ETAPA DE OBSERVAÇÃO

RESTAURANTE: _____

DIA: ____/_____/ 2004.

LAVOU	**MASCULINO**	
		SUB TOTAL
	FEMININO	
TOTAL		**SUB TOTAL**

NÃO LAVOU	**MASCULINO**	
		SUB TOTAL
	FEMININO	
TOTAL		**SUB TOTAL**

EQUIPE: _____

ANEXO IV
Roteiro de Entrevista

1. IDADE: _____ **2. SEXO** **2.1 M** ☐ **2.2 F** ☐

3. RESIDENCIA (BAIRRO) _____

4. PROFISSÃO: _____

5. GRAU DE INSTRUÇÃO:

5.1. NÃO ESTUDOU / FUND. INCOMPLETO (até a 4ª série do 1° grau) ☐
5.2. FUND. COMPLETO (até a 4ª série do 1° grau) FUND. INCOMPLETO (até a 8ª série do 1° grau) ☐
5.3. FUND. COMPLETO (até a 8ª série do 1° grau) / ENSINO MÉDIO (segundo grau) INCOMPLETO ☐
5.4. ENSINO MÉDIO (segundo grau) COMPLETO / SUPERIOR INCOMPLETO ☐
5.5. SUPERIOR ☐

6. RENDA MENSAL (por salários mínimos)

6. 1. Até R$ 780,00 (3 SM) ☐
6.2. De R$ 781,00 a R$ 2.600,00 (3 a 10 SM) ☐
6.3. De R$ 2.601,00 até R$ 5.200,00 (10 a 20 SM) ☐
6.4. De R$ 5.201,00 até R$ 13.000,00 (20 a 50 SM) ☐
6.5. Mais de R$ 13.000,00 (+ de 50 SM) ☐

7. FREQUENCIA EM DIAS COM QUE ALMOÇAM EM RESTAURANTES POR SEMANA:

7.1. 1 ☐
7.2. 2 ☐
7.3. 3 ☐
7.4. 4 ☐
7.5. 5 ☐
7.6. 6 ☐
7.7. 7 ☐

8. POR QUE ALMOÇA EM RESTAURANTES?

8.1. PROXIMIDADE DO SERVIÇO ☐
8.2. FALTA DE TEMPO PARA IR EM CASA ☐
8.3. GOSTA DE COMER EM RESTAURANTE ☐
8.4. CUSTO/BENEFÍCIO ☐
8.5. OUTRO:

_____

9. O SR. (SRA) LAVA AS MÃOS ANTES DAS REFEIÇÕES

9.1. SIM ق

9.2. NÃO ق

9.3. ALGUMAS VEZES SIM ق

9.4. ALGUMAS VEZES NÃO ق

10. O SR. (SRA) CONSIDERA IMPORTANTE LAVAR AS MÃOS ANTES DAS REFEIÇÕES?

10.1. SIM ق

10.2. NÃO ق

10.3. NÃO SEI ق

11. EM RELAÇÃO À SAÚDE, QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE O SR. (SRA.) DÁ AO ATO DE LAVAR AS MÃOS

11.1. BAIXO ق

11.2. MEDIO ق

11.3. ALTO ق

OBSERVAÇÕES: _____

_____

_____

_____

LOCAL DA ENTREVISTA (REGIÃO):_____

DIA ___/___/_____

ENTREVISTADOR: _____

ROTEIRO Nº _____

ANEXO V

Número de clientes que lavaram e não lavaram as mãos antes das refeições por Sexo, segundo Regiões Administrativas e Total Observado – Vitória/ES - 2004

		Masculino			Feminino		
		Higienização			Higienização		
	Região	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
1	1	23	68	**91**	33	54	**87**
2	1	11	45	**56**	3	24	**27**
3	1	12	72	**84**	12	45	**57**
4	1	10	69	**79**	3	22	**25**
5	1	24	64	**88**	15	29	**44**
6	1	28	72	**100**	10	15	**25**
7	1	29	39	**68**	14	22	**36**
8	1	18	65	**83**	12	23	**35**
9	1	16	45	**61**	8	18	**26**
10	1	25	59	**84**	6	12	**18**
11	1	33	82	**115**	29	42	**71**
12	1	21	70	**91**	16	23	**39**
13	2	14	54	**68**	8	12	**20**
14	2	15	51	**66**	14	12	**26**
15	2	16	36	**52**	26	18	**44**
16	3	33	56	**89**	7	19	**26**
17	3	34	82	**116**	45	67	**112**
18	3	21	92	**113**	28	54	**82**
19	3	30	66	**96**	12	21	**33**
20	3	22	60	**82**	10	26	**36**
21	3	21	69	**90**	12	21	**33**
22	3	23	56	**79**	18	21	**39**
23	3	12	61	**73**	9	22	**31**
24	3	38	95	**133**	6	32	**38**
25	3	26	45	**71**	14	32	**46**
26	3	33	49	**82**	21	23	**44**
27	4	20	64	**84**	18	23	**41**
28	5	42	77	**119**	26	42	**68**
29	5	19	102	**121**	6	14	**20**
30	5	25	75	**100**	8	17	**25**
31	5	19	43	**62**	14	25	**39**
32	5	35	109	**144**	22	42	**64**
33	5	27	66	**93**	15	33	**48**
34	5	24	98	**122**	26	34	**60**
35	5	28	42	**70**	15	22	**37**
36	5	21	33	**54**	14	28	**42**
37	5	16	54	**70**	19	2	**21**
38	5	26	66	**92**	18	19	**37**
39	5	14	53	**67**	8	16	**24**
40	6	21	87	**108**	19	23	**42**
41	6	10	53	**63**	8	16	**24**
42	6	25	72	**97**	22	12	**34**
43	6	15	95	**110**	19	32	**51**
44	6	20	72	**92**	18	31	**49**
45	6	21	78	**99**	12	26	**38**
46	6	18	77	**95**	21	32	**53**
47	6	26	89	**115**	18	27	**45**
48	6	19	65	**84**	15	28	**43**
49	6	21	72	**93**	18	39	**57**
50	6	22	52	**74**	12	28	**40**
51	7	5	18	**23**	5	10	**15**
Total		**1127**	**3334**	**4461**	**787**	**1330**	**2117**