

ATITUDES DOS CONSUMIDORES NA DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES EM UM RESTAURANTE INSTITUCIONAL NA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA

Gleicy Darling Oliveira dos Santos¹

Jeane dos Santos Ferreira²

Resumo

Em um sistema de distribuição do tipo *self-service*, há a possibilidade de contaminação dos alimentos pelos consumidores, uma vez que estes mantêm contato direto com os alimentos expostos no balcão de distribuição. O presente trabalho tem como objetivo avaliar a adoção de boas práticas pelos consumidores durante a distribuição de refeições em um Restaurante Institucional na cidade de Salvador, Bahia. O estudo foi realizado em um Restaurante Institucional, tipo *self-service*, localizado no município de Salvador, Bahia. Foram observados 100 consumidores no mês de novembro de 2015, no horário do almoço. Para avaliar a adoção das boas práticas, utilizou-se um formulário adaptado do estudo de Zandonadi et al., (2007). A atitude de falar próximo às preparações no momento da distribuição foi observada em 76% dos comensais, entre outras que colaboravam para a contaminação dos alimentos. Nesse estudo, conclui-se que as atitudes dos consumidores podem ocasionar a contaminação dos alimentos na etapa da distribuição.

Palavras-chaves: Atitudes dos consumidores; Restaurante Institucional; *Self-service*.

Abstract

In a distribution system of self-service, there is the possibility of contamination of food by consumers, since they have direct contact with food exposed in the distribution counter. This study aims to evaluate the adoption of good practice by consumers during the meal distribution in an Institutional Restaurant in the city of Salvador, Bahia. The study was conducted in an Institutional Restaurant, self-service, located in the city of Salvador, Bahia. 100 consumers were observed in november 2015, at lunchtime. To evaluate the use of good practice, we used an adapted form of the study Zandonadi et al., (2007). The attitude to speak next to preparations at the time of distribution was observed in 76% of diners. We conclude that consumer attitudes can cause food contamination in the distribution stage.

Keywords: Consumer attitudes; Institutional restaurant; Self-service.

1 INTRODUÇÃO

A alimentação fora do domicílio não acontece somente por motivos especiais, atualmente tornou-se necessidade por conta da vida cotidiana e tem obtido importância na rotina das pessoas pela inserção da mulher no mercado de trabalho, longas distâncias entre o domicílio e o local de trabalho, além da ausência de tempo para o preparo das refeições no lar (RODRIGUES; SABES 2006; SCHLINDWEIN; KASSOUF, 2007).

Segundo Marinho et al. (2007) as alterações sociais afetam diretamente os hábitos alimentares, a exemplo disso, a urbanização. Tais modificações causam consequências no relacionamento do indivíduo com seu meio, e conseqüentemente, ocasionando alterações na alimentação.

¹ Nutricionista; graduada pela Universidade Salvador; Salvador-Bahia. E-mail: gleicydarling@hotmail.com

² Nutricionista; docente do curso de Nutrição; Universidade Salvador, Salvador-Bahia (Mestre em Ciência de Alimentos. E-mail: jeane.costa@pro.unifacs.br

No Brasil houve o crescimento no número de refeições realizadas fora do domicílio. De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), a população brasileira gastou 31,1% do salário em despesas alimentares fora de casa (IBGE, 2009). Conforme dados da Associação Brasileira das Empresas de Refeições Coletivas (ABERC), são fornecidas diariamente 11,8 milhões de refeições por empresas nas modalidades de autogestão e refeições coletivas. O fornecimento de “ticket” para uso em restaurantes beneficia mais 7 milhões de usuários diariamente (ABERC, 2014).

De acordo com o *Codex Alimentarius* (2003) é um direito do consumidor a obtenção de alimentos seguros para o consumo. A busca pelos alimentos seguros é de suma importância, uma vez que a introdução dos perigos pode acontecer em qualquer etapa do processo (GASPAR, G.; GASPAR, A; COSTA, 2009).

A necessidade de padronizar as boas práticas para as empresas processadoras de alimentos, levaram as autoridades governamentais instituírem ao longo dos anos uma série de normas de caráter federal, estadual e municipal para serviços de alimentação e indústrias. A necessidade se deve ao fato do governo ter a obrigação em zelar pela saúde da população, visto que o consumidor não possui capacidade técnica para distinguir os atributos higiênico-sanitários coerentes aos estabelecimentos através das ações de vigilância sanitária (WINGERT, 2012).

O termo Vigilância Sanitária remonta ao período colonial, a partir das ações da polícia sanitária, cujas atividades eram praticadas pelas Câmaras Municipais. Essas ações tinham o intuito de impossibilitar a disseminação de doenças através do controle sanitário em cemitérios, portos marítimos e locais que comercializassem alimentos, assim como o combate do desempenho ilegal de profissões que envolvam à saúde (BRASIL, 2005a).

Com a instituição da República, o controle sanitário passou a ter melhor definição através da elaboração de leis que iriam substituir às normas existentes. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, através da divisão do então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. No Ministério da Saúde, estavam incluídas todas as ações de vigilância sanitária, porém, estas eram imensamente centralizadoras e burocráticas (BRASIL, 2005b).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado assume a responsabilidade como provedor da saúde da população. Porém o dever do Estado não extingue o compromisso das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1988).

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e de circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse à saúde (BRASIL, 1990).

No Brasil, compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) supervisionar, coordenar e controlar as atividades de registro, informações, inspeção, controle de riscos e o estabelecimento de normas e padrões, outros ministérios como o da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) e os estados e municípios que integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária também possuem tal competência (BRASIL, 2004a).

No ano de 2004, foi publicada pela ANVISA a RDC nº 216, que determina às Boas Práticas dos Serviços de Alimentação, devendo ter execução por restaurantes industriais ou empresas produtoras de refeições em larga escala, até mesmo por bares, padarias, supermercados, dentre outros, que ofertem refeições comerciais ou vendam alimentos industrializados (BRASIL, 2004).

A ANVISA define boas práticas como todos os procedimentos que visam garantir a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos e a concordância com a legislação sanitária (BRASIL, 2004). Franz et al. (2008) enfatizam que as Boas Práticas estão previstas em legislação específica para os serviços de alimentação e dentre os instrumentos que são utilizados para atendimento das Boas Práticas (BP) estão o Manual de Boas Práticas (MBP) e os Procedimentos Operacionais Padronizados (POP), procedimentos escritos, estabelecendo instruções sequenciais de operações rotineiras e específicas na produção, armazenamento e transporte de alimentos. Estes documentos descrevem e padronizam as ações nos serviços de alimentação, sendo reconhecido em todo o mundo, como uma ferramenta essencial para garantia da inocuidade dos alimentos

A contaminação dos alimentos poderá ocorrer desde a produção da matéria-prima até a distribuição dos alimentos. Na etapa da manipulação dos alimentos as causas estão relacionadas à ausência ou higiene precária dos manipuladores, dos equipamentos, dos utensílios, do ambiente e das condições impróprias para o armazenamento dos produtos já preparados (ZANDONADI et al., 2007).

Os erros mais comuns que contribuem para a contaminação do alimento são: a cocção dos alimentos antes do tempo do consumo combinada com uma temperatura de armazenamento que propicie a multiplicação de bactérias patogênicas ou a formação de toxinas; o aquecimento insatisfatório do alimento durante o preparo ou no seu reaquecimento;

a contaminação cruzada e a deficiência na higiene pessoal dos manipuladores (ANTUNES, 2005).

Segundo Silva Júnior (2007), Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) são causadas pela ingestão de alimentos ou água contaminados por micro-organismos patogênicos, substâncias químicas, objetos lesivos ou que possuam estruturas tóxicas, ou seja, são doenças consequentes da ingestão de perigos físicos, químicos e/ou biológicos nos alimentos.

Há diversos mecanismos patogênicos relacionados com a determinação das DTA. Elas são agrupadas em:

- Infecções: são ocasionadas pela ingestão de micro-organismos patogênicos, conhecidos como invasivos, que possuem capacidade de adentrar e invadir os tecidos, causando quadro clínico característico. Os quadros são associados a diarreias sanguinolentas com presença de pus, dores abdominais intensas, febre. Agentes virais, protozoários e helmintos também estão relacionados com DTA, o mecanismo de ação é a invasão tecidual, porém o quadro clínico geralmente não possui as mesmas características descritas anteriormente.

- Toxinfecções: ocorrem por micro-organismos toxigênicos, qual o quadro clínico acontece por toxinas liberadas quando estes se multiplicam ou esporulam. Essas toxinas agem nos mecanismos de secreção/absorção da mucosa intestinal. As infecções por *Escherichia coli* enterotoxigênica, *Vibrio cholerae*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Clostridium perfringens* e *Bacillus cereus* (cepa diarreica) são exemplos. Geralmente, a diarreia nas toxinfecções são intensas, sem a presença de sangue, febre branda ou ausente.

- Toxinoses: acontecem através da ingestão de toxinas formadas a partir da grande proliferação dos micro-organismos patogênicos no alimento. O modo de ação dessas toxinas em humanos ainda não foi esclarecido.

- Toxinoses ocasionadas por *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* e *Clostridium botulinum* são bastante comuns (BRASIL, 2010).

É caracterizado como surto alimentar, episódios que duas ou mais pessoas apresentem sintomas semelhantes após a ingestão de alimentos ou água da mesma origem, sendo as bactérias são os agentes responsáveis por 83,5% desses surtos (OPAS/INPPAZ, 2001).

As regiões Norte e Nordeste do país são as que apresentam as mais elevadas taxas de incidência de casos de DTA com pessoas internadas, em comparação com outras regiões. Segundo, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de 1999 a 2002, ocorreram

25.281 óbitos consequentes de DTA no Brasil, com uma média de 6.320 óbitos por ano (CARMO et al., 2005).

As classes menos favorecidas da população geralmente são as mais prejudicadas pela contaminação alimentar, por conta dos hábitos culturais da alimentação e à condição de somente adquirir produtos com preços mais acessíveis, na maioria dos casos os alimentos possuem uma qualidade inferior e maior probabilidade de serem contaminados (BALBANI; BUTUGAN, 2001).

Nos últimos anos, os casos de doenças transmitidas por alimentos tem sido alvo de discussões, devido à preocupação mundial com as estratégias que possibilitam seu controle e como consequência permitam a inserção de alimentos seguros no mercado (SHINOHARA et al., 2008).

O impacto negativo ocasionado na economia devido as doenças transmitidas por alimentos atinge níveis cada vez mais alarmantes, provocando grandes perdas para as indústrias, o turismo e a sociedade (NASCIMENTO, 2000). Os gastos com internação por DTA, no Brasil, no ano de 1999 a 2004, foram de 280 milhões de reais, com média de custo de 46 milhões de reais por ano (CARMO et al., 2005).

Desta maneira, as DTA estão sendo reconhecidas como um grande problema de saúde pública com em todo o mundo, como consequência traz diminuição da produtividade, perdas econômicas e afeta a credibilidade do cliente com os estabelecimentos comerciais envolvidos (RISTOW et al., 2007). Vieira e Salay (2001), relatam que existe déficit de informação quanto ao quadro dessas doenças, destacando que poucos países têm realizado estudos epidemiológicos para identificar dados relacionando as doenças transmitidas por alimentos com a qualidade dos mesmos.

Diversos países da América Latina estão implantando ou implementando sistemas nacionais de vigilância epidemiológica das DTA, devido a limitação dos estudos sobre os agentes etiológicos e como ocorrem a contaminação dos alimentos. As medidas estão sendo motivadas por recomendações e acordos internacionais, dos quais o Brasil participa como membro na VII Reunião Interamericana de Saúde Ambiental de Nível Ministerial (RIMSA) e na XXXV Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (BRASIL, 2010).

O manipulador de alimentos é fundamental na prevenção de DTA. Existem programas de capacitação direcionados para estes que enfatizam a relevância da saúde individual e coletiva, englobando as noções de higiene pessoal e ambiental, salientando as

consequências da falta de cuidados sobre a saúde dos consumidores. Porém, é necessário também conscientizar os consumidores sobre suas atitudes, pois as mesmas podem colaborar de forma igual à contaminação dos alimentos nas etapas pós produção e distribuição (PROENÇA, 2006)

Em um sistema de distribuição do tipo *self-service*, há também a possibilidade de contaminação dos alimentos pelos consumidores, pois os mesmos mantêm contato direto com os alimentos durante essa etapa. Atitudes consideradas simples como mexer nos cabelos, tossir, cantar, falar próximo as preparações podem ocasionar a veiculação de micro-organismos nos alimentos (ZANDONADI et al., 2007).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a adoção das boas práticas pelos consumidores durante a distribuição de refeições em Restaurante Institucional (RI) na cidade de Salvador, Bahia.

2 METODOLOGIA

Estudo transversal, exploratório e quantitativo, com a técnica de observação, onde a seleção dos participantes ocorreu por conveniência. A coleta de dados aconteceu em um Restaurante Institucional, localizado no bairro central do município de Salvador, Bahia. Este funciona sob regime de terceirização, sendo ofertadas aproximadamente 1500 refeições/dia, na modalidade *self-service*, com padrão de cardápio médio. A distribuição das refeições ocorreu de segunda à quinta-feira, entre 11:00 às 14:00 horas.


Participaram do estudo os colaboradores da Instituição, maiores de 18 anos, de ambos os sexos. No período de três dias consecutivos, no período do almoço entre 11:30 às 13:30 foram avaliadas as atitudes de 100 consumidores (comensais). Os instrumentos destinados a coleta de dados foram validados previamente na mesma Unidade com a observação de 20 consumidores no momento do almoço.

Para avaliar a adoção de boas práticas pelos consumidores foi aplicado um formulário (Figura 1) adaptado do estudo de Zandonadi et al., (2007), onde listam práticas que podem contribuir com a contaminação microbiológica dos alimentos expostos nos balcões de distribuição pelos consumidores, atribuindo “sim” para a adoção das boas práticas e “não” para a não adoção às boas práticas. As práticas dos consumidores observadas foram:

1. Higiene das mãos antes de iniciar a refeição;
2. Tocar no cabelo próximo às preparações;

3. Falar próximo às preparações;
4. Parte do antebraço ter contato com o alimento;
5. Tossir ou espirrar próximo às preparações;
6. Trocar utensílios entre as preparações;
7. Deixar o utensílio cair no interior do gastronorms;
8. Retirar o alimento do prato e devolver ao gastronorms com a mão ou utensílio disponível;
9. Organizar os alimentos no prato com os utensílios da preparação;
10. Realizar higiene das mãos após a refeição;
11. Utilizar aparelhos eletrônicos durante a distribuição dos alimentos.

Figura 1 - Questionário utilizado no estudo “Atitudes dos consumidores na distribuição de refeições em um restaurante institucional na cidade de Salvador, Bahia “

 **UNIFACS**
UNIVERSIDADE SALVADORENSE
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITY

Formulário para coleta de dados do TCC: "Práticas dos consumidores na distribuição de refeições em restaurantes self service"

Questionário de avaliação das práticas dos consumidores

- 1- Higiene das mãos antes de iniciar a refeição?
() Sim () Não
- 2- Tocou os cabelos próximo às preparações expostas no balcão de distribuição?
() Sim () Não
- 3- Falou próximo às preparações no balcão de distribuição?
() Sim () Não
- 4- Parte do antebraço teve contato com alimento?
() Sim () Não
- 5- Tossiu ou espirrou próximo às as preparações?
() Sim () Não
- 6- Trocou os utensílios entre as preparações?
() Sim () Não
- 7- Deixou o utensílio cair no interior dos gastronorms ?
() Sim () Não
- 8- Retirou alimentos do seu prato e devolver aos gastronorms com as mãos ou algum utensílio disponível?
() Sim () Não
- 9- Organizou os alimentos no prato com os utensílios das preparações?
() Sim () Não
10. Realizou a higiene das mãos após a refeição?
() Sim () Não
11. Durante a distribuição os consumidores utilizam os aparelhos eletrônicos?
() Sim () Não

Através da técnica de observação, as atitudes dos consumidores foram avaliadas durante toda etapa de distribuição da refeição no Refeitório Institucional. Os mesmos não tinham conhecimento que estavam sendo observados, mas os nutricionistas e manipuladores

do Serviço de Nutrição, responsável pela produção das refeições sabiam das atividades do estudo. O preenchimento do formulário foi realizado pelo pesquisador, onde o mesmo se posicionava em um ponto estratégico para que fosse possível visualizar todas as atitudes realizadas pelo consumidor no momento da distribuição. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Salvador (UNIFACS), conforme o número 48784115.7.0000.5033/2015.

Todos os dados foram tabulados e classificados em percentuais no programa Microsoft Office Excel 2015.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Atitudes de risco dos consumidores

As boas práticas de produção dos alimentos são de fundamental importância para garantia da qualidade de produtos alimentícios e está inserida em todas as operações associadas à manipulação de qualquer gênero alimentício, assim requer procedimentos corretos no campo, na transformação, na distribuição e no consumo dos alimentos (COLLETO, 2012).

A tabela 1 apresenta as atitudes dos consumidores durante a distribuição dos alimentos, conforme avaliação do pesquisador.

O maior percentual de risco apresentado foi em relação atitude de falar próximo as preparações, atitude esta que pode contaminar o alimento com micro-organismos provenientes das gotículas de saliva expelidas. De acordo com Tondo e Bartz (2011), cerca de 30 a 40% dos humanos são portadores assintomáticos de *Staphylococcus aureus*. Esse micro-organismo pode estar presente na nasofaringe (nariz e garganta), ouvidos, mãos e pele dos humanos. Pigott (2008) diz que, a intoxicação ocasionada por alimentos com a presença enterotoxinas de *Staphylococcus aureus* é um dos tipos de doenças transmitidas por alimentos mais comuns em todo o mundo.

Tabela 1- Atitudes de risco dos consumidores durante a etapa de distribuição dos alimentos em um Restaurante Institucional na cidade Salvador, Bahia

Atitudes de risco em segurança dos alimentos	Número de consumidores
Higiene das mãos antes de iniciar a refeição	34 % (n= 34)
Tocar nos cabelos próximo as preparações expostas no balcão de distribuição.	37% (n= 37)
Falar próximo as preparações	76%(n= 76)
Parte do antebraço ter contato com o alimento.	6% (n= 6)
Tossir ou espirrar próximo as preparações.	15% (n= 15)
Trocar os utensílios entre as preparações.	0% (0)
Deixar o utensílio cair no interior dos gastronorms.	7% (n=7)
Retirar o alimento do prato e devolver ao gastronorms com as mãos ou algum utensílio disponível.	51% (n= 51)
Organizar o alimento no prato com os utensílios das preparações.	59% (n= 59)
Realizar a higiene das mãos após a refeição.	3% (n= 3)
Utilização de aparelhos eletrônicos durante a distribuição.	41% (n= 41)

Fonte: dados do estudo, novembro de 2015.

A RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, preconiza que todos os restaurantes com serviço de distribuição “*self-service*” devem dispor de barreiras de proteção que previnam a contaminação do alimento em decorrência da proximidade ou da ação do consumidor e de outras fontes. Portanto, mesmo sendo a atitude de falar próximo às preparações a que apresentou o maior índice de inconformidade pelos consumidores, o fato do restaurante possuir barreira de proteção reduz o risco de contaminação.

Foi observado que 66% dos consumidores não higienizaram as mãos antes da refeição. Compreende-se como higienização das mãos (HM) qualquer procedimento realizado com o objetivo de limpá-las, seja através da utilização de água e sabão ou de soluções alcoólicas. Sabe-se que a HM diminui a propagação de patógenos, sendo vista com uma atitude acessível e relevante (WHO, 2009).

No momento da distribuição os comensais se organizam em duas filas para facilitar o controle de acesso, desta maneira uma fila fica mais próxima do lavatório, o que facilita o acesso ao mesmo por parte dos consumidores. Já a outra fila tem mais próximo o álcool em gel, neste caso os consumidores desta fila optaram por utilizar o álcool em gel por ser mais conveniente. Porém, observou-se que alguns dos consumidores não higienizaram as mãos no lavabo e nem utilizaram o álcool em gel. Zandonadi et al. (2007) diz que, a lavagem das mãos tem como objetivo a remoção de sujidades e redução do número de micro-organismos na pele. A lavagem das mãos com água e sabão remove grande parte dos micro-organismos que constituem a microbiota transitória que é formada por bactérias gram-negativas. Estes micro-organismos sobrevivem o tempo hábil para serem transferidos direta ou indiretamente para o alimento, podendo ocasionar surtos de toxinfecção alimentar.

Verificou-se que 59% usuários arrumaram os alimentos no prato com os utensílios das preparações e 51% retiraram o alimento do prato e devolveram ao gastronorms, o que pode ocasionar a contaminação dos alimentos. 7% de comensais deixaram os utensílios caírem no interior dos gastronorms, após o contato com as mãos, também poderia ocasionar contaminação, pois a parte usada para segurar o utensílio entra em contato com as mãos do usuário. A isso se alia o fato do colaborador do serviço realizar a reposição da preparação sem trocar os gastronorms.

A atitude de utilizar aparelhos eletrônicos durante a distribuição foi praticada por 41% dos consumidores. Sabe-se aparelhos eletrônicos podem ser contaminados por indivíduos infectados ou portadores assintomáticos de micro-organismos, através do contato direto com partes do corpo, como boca, orelha e pele, ou por através do contato indireto com aerossóis, gotículas de saliva e partículas infecciosas (SMITH et al., 2009)

Segundo Zandonadi et al. (2007), a atitude de tossir sobre os alimentos é “tão contaminante” quanto espirrar, apresentando índice de 15%, pois a boca apresenta diversos tipos de micro-organismos. Estes são provenientes das gotículas de saliva expelidas, podendo os micro-organismos entrarem em contato com os alimentos contaminando-os. As partes do corpo e os demais objetos são igualmente veiculadores de micro-organismos aos alimentos, tendo contato do antebraço com os alimentos ocorreu em 6% dos comensais.

De acordo com Zandonadi et al. (2007) ressaltam que é possível veicular micro-organismos com atitudes consideradas simples, como mexer nos cabelos perto das preparações, a contaminação pode ocorrer pelo contato direto dos cabelos que cai sobre a preparação ou por sua transmissão ao ambiente, 37% dos comensais tiveram essa atitude.

A higienização das mãos após a refeição foi realizada por 3% dos consumidores, visto que o fluxo do restaurante não é favorável a higienização das mãos pós-refeição. A pia destinada a higienização das mãos está localizada na entrada do restaurante, assim como o álcool em gel, sendo que seria conveniente a presença deste na área de saída também. Segundo a ANVISA (2009), as mãos devem ser higienizadas com água e sabonete em situações, tais como: quando apresentarem sujeira visível ou contaminada com fluídos corporais (após espirro, tosse ou se assoar); antes e após ida ao banheiro; antes e após a realização das refeições, dentre outros.

Torna-se evidente a necessidade de sensibilizar os clientes sobre as condutas adequadas no momento do auto-serviço, com intuito de evitar possíveis contaminações e consequentemente toxinfecções alimentares.

4 CONCLUSÃO

As atitudes dos consumidores podem ocasionar a contaminação dos alimentos na etapa da distribuição, demonstrando dessa maneira que não são apenas os manipuladores que podem contaminar os alimentos.

Sugere-se a implementação de ações pelo RI, como elaborar ações educativas por meio de *folders*, cartazes e mídias sobre os riscos que as atitudes adotadas pelos consumidores podem causar. Deve-se ocorrer a sensibilização destes clientes para adoção de atitudes que favoreçam a inocuidade dos alimentos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES COLETIVAS (ABERC). **O mercado da Alimentação**. 2014. Disponível em: <<http://www.aberc.com.br/mercadoreal.asp?IDMenu=21>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES COLETIVAS (ABERC). **Mercado real**. Disponível em: <<http://www.aberc.com.br/mercadoreal.asp?IDMenu=21>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES COLETIVAS (ABERC). **Relatório anual 2009**. Disponível em: <<http://www.calameo.com/read/00018237769fab3f8cb09>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

ANTUNES, F. **Relação entre a ocorrência de diarreia e surtos alimentares em Curitiba-PR**. 2005. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências Veterinárias) - Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2005.

BALBANI, A. P. S. ; BUTUGAN, O. Contaminação biológica de alimentos. **Pediatria**,v. 23, n. 4 , p. 320-328, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil**. Brasília, DF: CONSEA, 2010. Disponível em:<<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/a-seguranca-alimentar-e-nutricional-e-o-direito-humano-a-alimentacao-adequada-no-brasil-1/relatorio-consea.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim eletrônico epidemiológico: vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos no Brasil, 1999 – 2004**, Ano 5, n. 6, 28 dez. 2005. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/periodicos/boletim_eletronico_epi_ano05_n06.pdf> . Acesso em: 4 mar. 2015.

BRASIL. Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de junho de 2004.

BRASIL. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009.

CARMO, G.M. I. et al. Vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos no Brasil, 1999-2004. **Boletim Eletrônico Epidemiológico**, n. 6, p.1-7, 2005. Disponível em :< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bol_epi_6_2005_corrigido.pdf> Acesso em: 23 de março de 2015.

CODEX Alimentarius Commission; FAO/OMS. **Textos Básicos sobre Higiene dos Alimentos**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/alimentos/codex_alimentarius.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

COLETO, D. **Gerenciamento da segurança dos alimentos e da qualidade na indústria de alimentos**. 2012. 46f. Monografia (Graduação em Engenharia de Alimentos)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GASPAR, G.L.A.; GASPAR, A.; COSTA, S.R.R. Proposta de implementação de um sistema de segurança alimentar em restaurantes comerciais. **Revista Higiene Alimentar**, v. 23, n. 170/171, mar /abr. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>>. Acesso em: 28 março. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 1940-2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP122>> Acesso: 01 de maio 2015

MARINHO, M. C. S.; HAMANN E. M.; LIMA, A. C. DA C. F. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v.7, n.3, p. 251-261 Recife, 2007.

NASCIMENTO, F.C.A. Aspectos sócioeconômicos das doenças veiculadas pelos alimentos. **Nutrição em pauta**, v. 40, p. 22-26, 2000.

OPAS/INPPAZ – Organización Panamericana de la Salud. **Guia VETA** – Guia para el establecimiento de sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) y la investigación e brotes de toxi-infecciones alimentarias. Buenos Aires, Argentina, 2001. Disponível em: <<http://epi.minsal.cl/epi/html/software/guias/VETA/E/summary.htm>.> Acesso em: 11 maio. 2015

PIGOTT, D.C. Foodborne illness. **Emergency Medicine Clinics of North America.**, v.2, n.26, p. 475-497, 2008.

PROENÇA, R.P.C; VEIROS, M.B; SMITH,L.K. Legislação portuguesa e brasileira de segurança e higiene dos alimentos: panoramana atual. **Higiene Alimentar**, v. 20, n. 145, p.112- 122, 2006

RISTOW, A.M. et al. Avaliação higiênico-sanitária das unidades de alimentação e nutrição localizadas nos campi de uma Universidade do Rio de Janeiro. **Revista Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 21, n. 150, p. 356, 2007.

RODRIGUES, F. S.; SABES, J. J. S. A percepção do consumidor de alimentos “fora de casa”: um estudo multicaso na cidade de Campo Grande/MS. **Caderno de Administração**, Bauru, v. 14, n.2, p. 37-45, jul./dez. 2006.

SCHLINDWEIN, M. M.; KASSOUF, A. L. Influência do custo de oportunidade do tempo da Mulher sobre o padrão de consumo alimentar no Brasil. **Pesquisa e Planejamento econômico**, Rio de Janeiro, v.37, n.3, p. 489-520, dez. 2007

SHINOHARA, N. K. S. et al. Salmonella spp., importante agente patogênico veiculado em alimentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1675-1683, set./out. 2008.

SILVA JR., E. A. **Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos**. 5. ed. São Paulo: Varela; 2002.

SMITH, S.I. et al. Antibiotic susceptibility pattern of Staphylococcus species isolated from telephone receivers. **Singapore Med. J**, v. 2, n. 50, p. 208-211, 2009.

TONDO E.C, BARTZ S. **Microbiologia e Sistemas de Gestão da Segurança de Alimentos**. Porto Alegre: Sulina; 2011.

VIEIRA, C.M.; SALAY, E. Atuação pública municipal de proteção dos consumidores frente à questão da segurança dos alimentos: o caso do PROCON-Campinas. **Revista Cadernos de Debate**. Campinas, v. 8, n. 3, p.15-27, 2001. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/Atuacao_publica_municipal_de_protecao_dos_consumidores.pdf > . Acesso em: 10 fev. 2015.

WHO. World Health Organization. **WHO guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge clean care is safer care**. Geneva: WHO; 2009. 270p.

ZANDONADI, R. P. et al. Atitudes de risco do consumidor em restaurantes de auto-serviço. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 1, p. 22-25, jan./fev., 2007.