

Conhecimento, atitudes e práticas dos consumidores em relação às Doenças Transmitidas por Alimentos causadas pelo consumo fora do domicílio

Autora: Liliane Chouce Lei

Orientadora: Profa. Dra. Elke Stedefeldt

Coorientadora: Nut. Ms. Rayane Stephanie Gomes de Freitas

Resumo

Uma incidência maior de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) é observada em consequência das práticas incorretas dos consumidores, da inadequação das condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos de alimentação, dos processos de produção das refeições e da higiene pessoal dos manipuladores de alimentos. Este estudo objetivou a identificação do conhecimento, atitudes e práticas dos consumidores sobre as DTA. Foi desenvolvido um estudo do tipo transversal por meio de questionário eletrônico, envolvendo 256 indivíduos (adolescentes, adultos e idosos) residentes do município de Santos/SP - Brasil, que realizavam refeições fora do domicílio. Foram identificadas atitudes positivas e nível de conhecimento elevado, embora esses resultados não correspondessem às práticas seguras. Os participantes buscavam informações sobre a segurança dos alimentos por meio da internet, apesar de confiarem mais em profissionais da saúde. Destaca-se a omissão da notificação de DTA aos estabelecimentos de alimentação e serviços de saúde, dificultando o controle dessas doenças e melhoramento dos processos de produção de refeições.

Palavras-chave: Doenças Transmitidas por Alimentos; segurança dos alimentos; risco.

Introdução/justificativa

O consumo de refeições fora do domicílio é um dos fatores que contribuem para a exposição dos consumidores ao risco de Doenças Transmitidas por Alimentos. Os principais fatores causais da DTA são: aspectos de tempo e temperatura, contaminação por manipuladores de alimentos, equipamentos e utensílios, água e matéria-prima contaminadas, e contaminação indireta (DA CUNHA et al., 2014). As DTA causam impactos à saúde pública, diminuindo a produtividade e a qualidade de vida do indivíduo, além de acarretar grandes perdas econômicas devido ao custo do tratamento médico e afetar a confiança dos consumidores nos estabelecimentos comerciais envolvidos com o incidente (WILCOCK et al., 2004).

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2018), em 2017, houve 441 surtos de DTA, 15.287 expostos, 6.559 doentes e 8 óbitos. Entre 2000 a 2017, 15,2% dos surtos se deram em

restaurantes, padarias e similares e 11,3% em outras instituições como trabalho. Entretanto, o local de maior ocorrência foram as residências, correspondendo a 36,4% dos casos.

A manifestação de sinais e sintomas relacionados às DTA, em sua maioria, não é notificada pelos consumidores aos estabelecimentos de alimentação, tornando-se uma barreira para o monitoramento adequado das Boas Práticas pelos manipuladores de alimentos. Os sintomas são considerados como doenças comuns e os usuários realizam frequentemente a automedicação (ONYENEHO; HEDBERG, 2013).

O conhecimento dos consumidores sobre a segurança dos alimentos e os perigos de DTA pode ser formado pela influência de fontes de informações como revistas, jornais, televisão, redes sociais, internet, família e amigos. Diante disso, é importante garantir que os consumidores tenham acesso às informações adequadas para se protegerem e, ao mesmo tempo, atender suas necessidades e preocupações (COPE et al., 2010; MCINTOSH et al., 1994).

Identificar o conhecimento, atitudes e práticas dos consumidores em relação à segurança dos alimentos consumidos fora do domicílio pode ser utilizada como um instrumento para estimular a mudança na prática dos manipuladores de alimentos em relação ao cumprimento das exigências descritas na legislação promovendo a segurança dos alimentos e a saúde do consumidor.

Objetivos

O estudo teve como objetivo geral identificar o conhecimento, atitudes, práticas dos consumidores em relação às DTA causadas pelo consumo fora do domicílio. Os objetivos específicos foram: caracterizar a população em relação aos aspectos socioeconômicos; identificar os meios de comunicação utilizados para a obtenção de informações relacionadas à segurança dos alimentos e verificar a confiabilidade destas fontes de informações; e verificar a experiência pessoal com DTA e a comunicação sobre a sua ocorrência ou o relato de sinais e sintomas pelos consumidores para o responsável técnico, proprietário ou funcionário do estabelecimento, responsáveis pela elaboração, implantação e manutenção de Boas Práticas.

Métodos

Foi realizado o estudo do tipo transversal elaborado a partir de um questionário eletrônico, desenvolvido na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. A população de estudo foi composta por adolescentes (12 a 18 anos), adultos (19 a 59 anos) e idosos (≥ 60 anos) que realizam suas refeições fora do domicílio. Foram excluídas crianças abaixo de 12 anos de idade, indivíduos que consomem alimentos apenas na residência e que não residem no município de Santos/SP -

Brasil. A classificação de faixa etária foi estipulada de acordo com a proposta do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004) e Estatuto da criança e do adolescente (BRASIL, 1990).

O mesmo questionário foi aplicado em todos os grupos etários do estudo, sendo disponibilizado por meio de um link em redes sociais e preenchido pelo próprio participante. As questões abordadas no questionário foram baseadas em outros estudos sobre a avaliação das práticas de higiene dos alimentos (ALMANSOUR et al., 2016) e avaliação do conhecimento, práticas e atitudes de manipuladores de alimentos (DA CUNHA; STEDEFELDT; ROSSO, 2014).

O questionário foi dividido em três seções principais com 26 questões sobre conhecimento, atitudes e práticas frente ao risco de DTA. Foi realizado um levantamento do perfil socioeconômico e demográfico dos participantes (idade, sexo, nível de escolaridade e renda). Além destas seções, haviam 9 questões de múltipla escolha que tratavam sobre a frequência de consumo fora do domicílio, o tipo de estabelecimento frequentado, a fonte de informação e a sua confiabilidade, a higiene do ambiente e dos manipuladores de alimentos, o local de risco da DTA, a qualidade dos alimentos e o conhecimento sobre a legislação.

Para a aplicação do questionário e a elaboração das tabelas foram necessárias acesso à internet, computador, Google Forms e *Microsoft Word*[®]. Foi feita uma análise descritiva dos dados, abordando a frequência relativa e absoluta das respostas. A análise estatística dos resultados foi realizada a partir do Teste exato de Fisher para estudar as associações de interesse, e a análise de correspondência foi realizada para identificar a relação das respostas com os grupos. A discussão foi feita a partir da literatura científica pertinente ao tema.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (protocolo nº: 2.394.132) antes de iniciar a coleta e análise de dados.

Resultados/Discussão

Foram alcançadas 312 pessoas, sendo que destas, 256 indivíduos preenchiam os pré-requisitos para a pesquisa. Dentre eles haviam 189 adultos, 51 adolescentes e 16 idosos. Do total dos participantes, 78,52% (n = 201) eram do sexo feminino e 21,48% (n = 55) do sexo masculino.

Dos 250 participantes, a maioria (n = 60; 24%) possuía ensino superior completo, 22,40% (n = 56) estavam cursando o ensino superior e 17,20% (n = 43) possuíam pós-graduação completa. Foram excluídas as informações quanto ao nível educacional de seis indivíduos devido os mesmos terem preenchido ao questionário para faixa etária dos adolescentes, impossibilitando a coleta correta destes dados.

O consumo diário (15,87%), de refeições fora do domicílio foi maior entre o público adulto, enquanto a maioria dos adolescentes realizava uma vez por mês (13,73%) e os idosos de uma a duas

vezes por semana (50%), principalmente em restaurantes comerciais (90,62%) para todas as faixas etárias. A maioria dos participantes já tiveram experiência pessoal com as DTA (79,29%) e nunca ou raramente retornariam ao local da ocorrência (85,93%).

O percentual médio de respostas corretas no questionário de conhecimento foi de 80,54% e de atitudes foi de 86,51%. Embora Um dos motivos pelo qual há diferença entre o conhecimento e a prática é o viés otimista, no qual o indivíduo acredita que é menos vulnerável a um determinado perigo devido à existência da ilusão de controle e da sua baixa percepção de risco (FREWER et al., 1994; WILCOCK et al., 2004). Quanto à percepção de risco e o conhecimento, estes podem ser influenciados pelo gênero, renda familiar, nível de escolaridade e da consciência quanto a responsabilidade do consumidor na redução do risco de DTA (ASIEGBU; LEBELO; TABIT, 2016; MOTTA et al., 2014).

Na primeira seção, as questões com maior percentual de respostas corretas foram o aumento do risco de DTA com a preparação de alimentos diretamente com as mãos e unhas compridas (94,92%), o consumo de alimentos malpassados ou crus (90,23%), a severidade dos sintomas que pode resultar em hospitalização e morte (89,84%). As questões que apresentaram menor percentual de conhecimento foram o processo de congelamento não torna o gelo seguro para o consumo (63,67%), a contaminação de alimentos com a presença de fio de cabelo (64,84%) e o risco de DTA com o consumo de alimentos com aspectos sensoriais positivos (68,35%). A Tabela 1 apresenta a distribuição relativa em relação ao conhecimento sobre as DTA.

Na segunda seção, os participantes apresentaram atitudes positivas principalmente nas questões relacionadas à higiene pessoal (100%), importância de notificar objetos estranhos para os funcionários do estabelecimento de alimentação coletiva (99,60%), higienização das mãos para evitar a contaminação de alimentos (98,04%). A Tabela 2 apresenta a distribuição relativa em relação às atitudes dos consumidores sobre as DTA.

Tabela 1 – Distribuição relativa em relação ao conhecimento sobre as DTA por grupo etário. Santos, 2018.

Questionário	Adolescentes		Adultos		Idosos	
	Sem conhecimento (%)	Com conhecimento (%)	Sem conhecimento (%)	Com conhecimento (%)	Sem conhecimento (%)	Com conhecimento (%)
Você acha que lavar as mãos antes de comer diminui o risco de Doenças Transmitidas por Alimentos?	23,53	76,47	12,70	87,30	0	100
Você acha que comer alimentos malpassados ou crus aumentam os riscos de ter uma Doença Transmitida por Alimentos?	13,72	86,27	9,52	90,48	0	100
Você acha que os alimentos com cheiro e sabor bom podem provocar uma Doença Transmitida por Alimentos?	45,10	54,90	26,99	73,01	43,75	56,25
Você acha que usar anéis, relógio, brinco, pulseira, colar durante a preparação da comida pode aumentar o risco de Doenças Transmitidas por Alimentos?	20,41	70,56	11,64	88,36	12,5	87,50
Você acha que os alimentos preparados diretamente com as mãos com unhas compridas podem aumentar o risco de Doenças Transmitidas por Alimentos?	11,76	88,24	3,70	96,30	0	100
Você acha que as Doenças Transmitidas por Alimentos podem causar sintomas graves que resultam em hospitalização e em alguns casos, a morte?	19,60	80,39	7,94	92,06	6,25	93,75
Você acha que tem problema comer o alimento depois que uma mosca pousou em cima?	13,72	86,27	12,70	87,30	0	100
Você acha que tem problema comer o alimento depois achar um fio de cabelo nele?	27,45	72,55	38,63	61,37	18,75	81,25
Você acha que o gelo é seguro para o consumo por causa da eliminação das bactérias por congelamento?	43,14	56,86	34,39	65,61	37,50	62,50
Você acha que tem problema deixar a comida preparada no almoço fora da geladeira durante o período da tarde em cima do fogão/ mesa até a próxima refeição?	31,37	68,63	23,81	76,19	18,75	81,25

Tabela 2 – Distribuição relativa em relação às atitudes sobre as DTA por grupo etário. Santos, 2018.

Questionário	Adolescentes		Adultos		Idosos	
	Negativa (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Positiva (%)
Lavar as mãos com água e sabão pode evitar que eu contamine a minha própria comida e/ou de outras pessoas.	7,84	92,16	0,53	99,47	0	100
Lavar as mãos somente com água depois de usar o banheiro para urinar contamina os alimentos.	41,18	58,82	23,28	76,72	18,75	81,25
Deve-se evitar espirrar e tossir sobre a comida	1,96	98,04	2,65	97,35	0	100
Eu posso ser uma fonte de contaminação de alimentos quando tenho sintomas das Doenças Transmitidas por Alimentos como diarreia, vômito, enjoo, dor abdominal, dor de cabeça, febre.	37,26	62,74	27,51	72,49	12,50	87,50
Eu posso ser uma fonte de contaminação de alimentos quando tenho uma ferida, um machucado ou um corte na mão.	31,37	68,63	14,29	85,71	0	100
Manter a higiene pessoal faz parte da minha responsabilidade.	0	100	0	100	0	100
É importante avisar o funcionário do estabelecimento (restaurante, padaria, quiosque, refeitório, cantina) quando tem mosca, fio de cabelo, pêlo e/ou outros objetos estranhos no prato de comida para melhorar a atenção e o cuidado com a higiene.	0	100	0,53	99,47	0	100
É importante avisar o funcionário do estabelecimento quando tenho sintomas de Doença Transmitida por Alimentos para melhorar a atenção e o cuidado com a higiene.	23,53	76,47	25,40	74,60	6,25	93,75
Diarreia, enjoo, dor abdominal são sintomas comuns quando se come alimentos contaminados e ao sentir esses sintomas não é necessário ir aos serviços de saúde (posto de saúde, pronto socorro, ambulatório, hospital), pois se pode fazer a automedicação.	25,49	74,51	28,57	71,43	18,75	81,25
O sabor da comida é mais importante do que a segurança dos alimentos.	7,84	92,16	6,88	93,12	12,50	87,50

Na prática, 50,39% dos participantes sempre notificariam a presença de objetos estranhos e 41,01% nunca notificariam os sintomas de DTA aos funcionários dos estabelecimentos de alimentação. Além disso, a maioria dos participantes compreende a importância de buscar primeiramente o serviço de saúde após o surgimento dos sintomas, mas às vezes ou frequentemente busca serviço de saúde (45,70%) e a automedicação (66,01%). A omissão da notificação dos casos de DTA pode dificultar o rastreamento dos alimentos envolvidos com o episódio e a mudança de práticas inseguras pelos manipuladores de alimentos (MOTTA et al., 2014). Outra prática insegura realizada às vezes pelos consumidores é conversar durante o autosserviço (41,79%), mesmo que a maioria dos participantes apresente atitude positiva quanto ao risco de contaminação dos alimentos.

Sobre a higiene do ambiente e dos funcionários dos estabelecimentos de alimentação, os consumidores observavam a higienização dos utensílios, a presença de insetos, o uso de uniformes limpos pelos funcionários e a manipulação simultânea de alimentos e dinheiro. Os principais meios de busca das informações sobre a segurança dos alimentos foram a internet e os profissionais da saúde, sendo o último considerado como a fonte de maior confiabilidade. Os meios de comunicação de menor alcance foram a revista e o jornal.

As questões que apresentaram resultados estatisticamente significativos foram sobre o uso de adornos durante o preparo das refeições ($p = 0,024$), as DTA podem causar sintomas graves que resultam em hospitalização e em alguns casos, a morte ($p = 0,040$), a higienização das mãos somente com água e sabão pode evitar a contaminação dos alimentos ($p = 0,020$), a presença de ferida, machucado ou corte nas mãos pode contaminar o alimentos ($p = 0,028$), conversar enquanto se serve dos alimentos no balcão de distribuição ($p = 0,012$), e a automedicação após o surgimento dos sintomas de DTA ($p = 0,046$).

Na análise de correspondência, verificou-se que os adultos apresentaram um padrão de resposta afirmativo em relação ao conhecimento sobre às DTA e aos seus riscos mesmo que os alimentos apresentem aspectos sensoriais positivos como cheiro e sabor. Enquanto os adolescentes apresentaram um padrão de resposta negativa às duas questões. Não foi possível verificar um padrão de resposta para o grupo dos idosos devido ao número limitado de participantes.

A educação pode ser uma estratégia eficiente para a formação de hábitos e comportamento que diminuem o risco dos perigos associados aos alimentos. Da mesma forma, a colaboração entre os meios de comunicação, como a internet e os profissionais da saúde para divulgar conteúdos confiáveis, precisos relacionados à segurança dos alimentos pode melhorar o alcance dessas informações aos consumidores do município de Santos e influenciar positivamente no comportamento do público.

Referências

ALMANSOUR, M. et al. Knowledge, attitude, and practice (KAP) of food hygiene among schools students' in Majmaah city Saudi Arabia. **J Park Med Assoc**, v. 66, n. 4, p. 442-446, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27122273>>.

ASIEGBU, C. V.; LEBELO, S. L.; TABIT, F. T. The food safety knowledge and microbial hazards awareness of consumers of ready-to-eat street-vended food. **Food Control**, v. 60, p. 422-429, 2016. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956713515301572?via%3Dihub>>. Acesso em: 8 maio 2017.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 de jul. 1990.

BRASIL. Estatuto do Idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Surtos de doenças transmitidas por alimentos no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018.

COPE, S. et al. Consumer perceptions of best practice in food risk communication and management: Implications for risk analysis policy. **Food Policy**, v. 35, p. 349–357, 2010.

DA CUNHA, D. T. et al. Food Safety of food services within the destinations of the 2014 FIFA World Cup in Brazil: Development and reliability assessment of the official evaluation instrument. **Food Research International**, v. 57, p. 95–103, 2014.

DA CUNHA, D. T.; STEDEFELDT, E.; ROSSO, V. V. The role of theoretical food safety training on Brazilian food handlers' knowledge, attitude and practice. **Food Control**, v. 43, p. 167-174, 2014.

FERREIRA, J. S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas em segurança alimentar de manipuladores de alimentos em hospitais públicos de Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 35-55, 2013.

FREWER, L. J.; SHEPHERD, R.; SPARKS, P. The interrelationship between perceived knowledge, control and risk associated with a range of food-hazards targeted at the individual, other people and society. **Journal of Food Safety**, v. 14, p. 19-40, 1994.

MCINTOSH, L. B. Perceptions of Risks of eating undercooked meat and willingness to change cooking practices. **Apetite**, v. 22, p. 83-96, 1994.

MOTTA, S. P. O. et al. Consumer contribution to food contamination in Brazil: modelling the food safety risk in the home. **Brazilian Journal of Food Technology**. Campinas, v. 17, n. 2, p. 154-165, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/bjft.2014.018>>. Acesso em: 03 maio 2018.

ONYENEHO, S. N.; HEDBERG, C. W. An assessment of food safety needs of restaurant in Owerri, Imo State, Nigeria. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, p. 3296-3308, 2013.

WILCOCK, A. et al. Consumer attitudes, knowledge and behavior: a review of food safety issues. **Trends in Food Science & Technology**, v. 15, p. 56-66, 2004.