

**FATORES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS EM CRIANÇAS
DURANTE O CARNAVAL DE SALVADOR**Andressa Silva Carneiro de Souza^aNathalee Ferreira Cordeiro^bIvan de Mattos Paiva Filho^cDenise Santana Silva dos Santos^dMaria Carolina Ortiz Whitaker^eMárcia Maria Carneiro Oliveira^f**Resumo**

Doenças transmitidas por alimentos (DTA) oferecem riscos à saúde. No Brasil em 2016 foram notificadas 9.935 pessoas com DTA, reforçando a importância de conhecer os fatores associados para prevenção e planejamento da redução de incidentes. Crianças estão expostas às DTA, principalmente no carnaval. O objetivo deste artigo é descrever as características clínicas e fatores associados às DTA em crianças durante o carnaval de Salvador. Este é um estudo transversal, com análise das fichas de atendimento de crianças de 0 a 12 anos, durante o carnaval de Salvador/2016. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson para medidas de associação ($p < 0,05$). A amostra foi constituída de 127 crianças, sendo que 37,8% foram diagnosticadas com DTA. Dentre as crianças com DTA, houve o predomínio da faixa etária de 1 a 9 anos (70,8%) e sexo masculino (54,2%), folião de rua (95,8%), atendidos no circuito Osmar (52,1%), no período da tarde (31,3%). Na análise bivariada identificou-se associação de DTA

^a Enfermeira. Residente em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Salvador. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: dessa.carneiro@hotmail.com

^b Enfermeira. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: nathaleefcss@gmail.com

^c Médico. Especialista em Cirurgia Geral e Emergências Médicas. Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: ivan@samu192.com.br

^d Enfermeira. Especialista em Neonatologia. Mestre em Enfermagem. Docente na Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: denisenegal@hotmail.com

^e Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: maria.ortiz@ufba.br

^f Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Doutora em Medicina e Saúde. Docente da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: marcia.carneiro@ufba.br

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama, n. 241, Canela. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40231-300. E-mail: marcia.carneiro@ufba.br

com: náuseas/vômitos ($p < 0,001$) e dor abdominal ($p = 0,001$). Prevaleceu o número de crianças de 1 a 9 anos, sexo masculino e a maioria sendo folião de rua, atendidos no turno da tarde. As DTA foram associadas com náuseas/vômitos e dor abdominal.

Palavras-chave: Aglomeração. Saúde da criança. Saúde pública. Doenças transmitidas por alimentos.

FACTORS ASSOCIATED WITH FOODBORNE DISEASES IN CHILDREN DURING CARNAVAL IN SALVADOR

Abstract

Foodborne diseases pose a health risk, regardless of age groups. In Brazil, in 2016, 9,935 people with foodborne diseases were notified, reinforcing the importance of knowing the associated factors to prevention and planning to reduce incidents. This paper describes the clinical characteristics and factors associated with foodborne diseases in children during Carnival in Salvador. This is a cross-sectional study with a retrospective analysis of the medical charts of children from 0 to 12 years old, during the Carnival in Salvador/2016. For data analysis, descriptive statistics was used, and Pearson's Chi-Square test was applied for association measures ($p < 0.05$). The sample consisted of 127 children, and 37.8% were diagnosed with foodborne diseases. Among children with foodborne diseases, there was a predominance of: age group 1-9 years old (70.8%), male (54.2%), street carnival revelers (95.8%), having attended the Osmar circuit (52.1%), in the afternoon (31.3%). Bivariate analysis showed an association of foodborne diseases with: nausea/vomiting ($p < 0.001$) and abdominal pain ($p = 0.001$). Children from 1 to 9 years old, male, and most of them being street carnival revelers, having attended during the afternoon shift. Foodborne diseases were associated with nausea/vomiting and abdominal pain.

Keywords: Agglomeration. Child health. Public health. Foodborne disease.

LOS FACTORES ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS A LOS NIÑOS DURANTE EL CARNAVAL DE SALVADOR

Resumen

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) ofrecen riesgos a la salud humana. En Brasil en 2016 se notificaron 9.935 personas con ETA, lo que refuerza la importancia de conocer los factores asociados para la prevención y planificación de la reducción de incidentes.

Los niños están expuestos a las ETA, principalmente durante el carnaval. El presente artículo objetivó describir las características clínicas y los factores asociados a las ETA en los niños durante el carnaval de Salvador. Es un estudio transversal, con análisis de las fichas de atención de los niños de 0 a 12 años, durante el carnaval de Salvador en 2016. Para el análisis de datos, se utilizó la estadística descriptiva, se aplicó el test chi-cuadrado de Pearson para medidas de asociación ($p < 0,05$). La muestra constó de 127 niños, de los cuales un 37,8% tuvieron diagnóstico de ETA. En el caso de los niños con ETA, hubo un predominio del grupo de edad de 1 a 9 años (70,8%), del sexo masculino (54,2%), rumberos del carnaval (95,8%), atendidos en el circuito Osmar (52,1%), en el turno de la tarde (31,3%). En el análisis bivariado se identificó asociación de ETA con: náuseas/vómitos ($p < 0,001$) y dolor abdominal ($p = 0,001$). Han prevalecido niños de 1 a 9 años, del sexo masculino y la mayoría rumberos del carnaval, atendidos en el período de la tarde. Las ETA se asociaron con náuseas/vómitos y dolor abdominal.

Palabras clave: Aglomeración. Salud del niño. Salud pública. Enfermedades transmitidas por alimentos.

INTRODUÇÃO

A doença transmitida por alimentos (DTA) pode ser identificada pela diarreia e a dor abdominal, sendo acompanhada ou não de febre, podendo ser atribuída à ingestão de alimentos ou água contaminados e causada por bactérias, vírus, toxinas, parasitas, substâncias tóxicas¹. Segundo Ministério da Saúde, em 2016 foram notificados 538 surtos e 9.935 pessoas com DTA no Brasil².

A diarreia provoca elevada morbidade e mortalidade em crianças, o que torna necessária a atuação da vigilância sanitária, epidemiológica, laboratório de saúde pública, ações de saneamento e secretarias em locais com comercialização de alimentos, para um maior controle. Sendo que, em casos de número elevado de DTA deve-se identificar os alimentos comercializados que oferecem riscos e os fatores que contribuíram para a contaminação dos alimentos^{1,3,4}.

Dentre os locais que comercializam os alimentos, têm-se os eventos de massa, que são reuniões de pessoas, planejados ou não, representados por atividades sociais, esportivas, políticas, religiosas ou culturais, com as seguintes características, que podem influenciar a saúde dos participantes: clima, duração do evento, localização do evento, se a multidão é predominantemente sentada ou móvel, se o evento é limitado ou ilimitado,

tipo de evento, disponibilidade de álcool e drogas, densidade da multidão, geografia do local e idade média da multidão^{5,6}.

Para minimizar os riscos de acidentes nesses grandes eventos são realizadas estratégias que mobilizam diversos setores públicos relacionados com o evento, tais como: Serviço de Engenharia de Tráfego, Polícia Militar e Civil, Bombeiros, limpeza pública, Coordenação de Urgência e Emergências do Município e do Estado, Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, Serviço Social.

As autoridades sanitárias têm como responsabilidade avaliar e aprovar o planejamento e acompanhar a execução das atividades propostas pelos organizadores relativos a prevenção, mitigação de riscos e provimento de serviços de saúde para os atendimentos à população envolvida⁷.

Durante os atendimentos nos eventos de massa, as queixas mais comuns são: náuseas, vômitos, queixas musculoesqueléticas e problemas respiratórios, dentre os riscos relacionados têm-se as doenças infecciosas relacionadas ao consumo de alimentos^{8,9}.

O Brasil possui eventos de massa de naturezas diferentes, como o carnaval, réveillon, festas típicas regionais e eventos esportivos mundiais, o que torna necessária a atenção da saúde pública. Dentre os eventos de massa, o carnaval de Salvador merece destaque por ser considerado a maior festa de rua do mundo^{1,10}. Em seus participantes, encontramos pessoas de diferentes faixas etárias, entre elas, estão as crianças que são vulneráveis para adquirir doenças.

Quando essas crianças necessitam de algum atendimento, são necessários equipamentos de emergência de tamanho pediátrico e profissionais capacitados. Na literatura são descritas limitações nos planos de preparação para eventos de massa, o que torna necessário que o planejamento seja prioridade principal de atendimento¹¹. Dessa forma, faz-se importante conhecer as características clínicas e os fatores associados às DTA no atendimento pediátrico no carnaval.

Este estudo tem como objetivo descrever as características clínicas e os fatores associados a doenças transmitidas por alimentos em crianças durante o carnaval de Salvador.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado através da análise das fichas de atendimento de crianças de 0 a 12 anos, durante o carnaval de Salvador no ano de 2016.

Os postos médicos avançados para atendimento de urgência e emergência estavam instalados nas proximidades dos circuitos: Osmar (localizado no Campo Grande);

Dodô (localizado na Barra-Ondina) e Batatinha (localizado no Pelourinho), objetivando o atendimento à população nas 24 horas.

Os critérios de inclusão foram pacientes pediátricos de até 12 anos, utilizando-se a classificação, de acordo com a faixa etária, estabelecida pelo Estatuto da Criança e Adolescentes (ECA)¹², de ambos os sexos, com fichas de atendimentos pelos postos médicos. O diagnóstico de DTA foi definido pela descrição médica nas fichas de atendimento. Os critérios de exclusão foram fichas de atendimento com dados incompletos.

A população do estudo foi caracterizada de acordo com as diversas atividades, tais como: folião de bloco, folião de “rua”, folião do camarote e vendedores ambulantes. O folião do bloco paga para desfilar em um espaço ao redor de um carro de som, delimitado por cordas, conhecido como trio elétrico com a presença de atrações musicais que percorrem o circuito da festa. O folião de “rua” participa da festa no restante do espaço, o folião do camarote paga para estar em um espaço construído pelos organizadores nos circuitos da festa e os vendedores ambulantes preparam e/ou comercializam os alimentos na rua nos espaços da festa^{13,14}.

A coleta foi realizada no banco de dados do Sistema de Gestão de Saúde em festas populares (Salute). O banco de dados do sistema Salute é um sistema desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para registros dos atendimentos realizados no carnaval, ele é preenchido durante o carnaval, em tempo real pela equipe de digitação dos postos de atendimentos, utilizando as fichas de atendimento. O banco possui as seguintes variáveis: local do atendimento, identificação do paciente, filiação, etnia, data e horário do atendimento, tipo de paciente (folião de bloco, “rua”, camarote e vendedores ambulantes), profissão, sexo, queixa principal, diagnóstico médico, profissional envolvido no atendimento, procedimentos realizados e desfecho final (alta, transferência ou óbito).

As variáveis utilizadas foram: faixa etária, sexo, nacionalidade, etnia, atividade do paciente, características de atendimento (circuito, turno, sinais e sintomas da admissão, diagnóstico médico e desfecho final). A partir desses dados identificaram-se os fatores que estavam associados com as doenças transmitidas por alimentos. A variável exposição é a característica associada e o desfecho é a DTA.

Os dados coletados foram processados pelo Programa Estatístico Statistic Program for Social Sciences (SPSS) versão 21.0. No teste de normalidade foi utilizado Kolmogorov-Smirnov. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar a associação entre as variáveis, os valores foram considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,05$. A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa local com Parecer nº 1.973.116.

RESULTADOS

A casuística foi composta por 127 crianças, sendo 37,8% com diagnóstico médico de DTA. A **Tabela 1** apresenta as características clínicas e do atendimento da população estudada de acordo com a presença de DTA. Observa-se que a maioria das crianças foram atendidas nos circuitos Osmar (47,2%) e Dôdo (38,6%), no turno da noite (40,9%) e da tarde (33,3%). Dentre as crianças com DTA, prevaleceu o circuito Osmar (52,1%), no turno da tarde (31,3%) e o desfecho final da alta (95,8%). As crianças atendidas no turno da tarde foram detectadas mais frequentemente com DTA quando comparadas com as atendidas em outros turnos. A **Tabela 2** descreve as queixas clínicas apresentadas pelas crianças e sua associação com DTA.

Tabela 1 – Características clínicas e do atendimento das crianças atendidas no carnaval de Salvador de acordo com a presença de doença transmitida por alimentos. Salvador, Bahia, Brasil – 2018

Características	População (n = 127)	DTA		P-valor*	IC 95%
		Sim (n = 48)	Não (n = 79)		
Faixa etária – n (%)					
1 a 4 anos	37 (29,1)	17 (35,4)	20 (25,3)	0,449	-
5 a 9 anos	47 (37,0)	17 (35,4)	30 (38,0)		
10 a 12 anos	43 (33,9)	14 (29,2)	29 (36,7)		
Sexo – n (%)					
Feminino	65 (51,2)	22 (45,8)	43 (54,4)	0,347	0,70 (0,34-1,45)
Masculino	62 (48,8)	26 (54,2)	36 (45,6)		
Nacionalidade – n (%)					
Brasileiro	125 (98,4)	48 (100,0)	77 (97,5)	0,267	1,02 (0,99-1,06)
Estrangeiro	2 (1,6)	-	2 (2,5)		
Etnia – n (%)					
Preto	45 (35,4)	17 (35,4)	28 (35,4)	0,371	-
Branco	21 (16,5)	5 (10,4)	16 (20,3)		
Amarelo	1 (0,8)	-	1 (1,3)		
Pardo	60 (47,2)	26 (54,2)	34 (43,0)		
Tipo de paciente – n (%)					
Folião de “rua”	115 (90,5)	46 (95,8)	69 (87,3)	0,412	-
Folião bloco	6 (4,7)	1 (2,1)	5 (6,3)		
Folião camarote	4 (3,1)	1 (2,1)	3 (3,8)		
Vendedores ambulantes	2 (1,6)	-	2 (2,5)		
Circuito – n (%)					
Osmar	60 (47,2)	25 (52,1)	35 (44,3)	0,485	-
Dôdo	49 (38,6)	19 (39,6)	30 (38,0)		
Batatinha	15 (11,8)	3 (6,3)	12 (15,2)		
Posto fixo	3 (2,4)	1 (2,1)	2 (2,5)		
Turno – n (%)					
Manhã	25 (19,7)	13 (27,1)	12 (15,2)	0,047	-
Tarde	41 (32,3)	15 (31,3)	26 (32,9)		
Noite	52 (40,9)	14 (29,2)	38 (48,1)		
Madrugada	9 (7,1)	6 (12,5)	3 (3,8)		

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

* Qui-quadrado de Pearson

DTA = doença transmitida por alimentos

IC = intervalo de confiança

Tabela 2 – Queixas clínicas e fatores associados à doença transmitida por alimentos (DTA) nas crianças atendidas no carnaval. Salvador, Bahia, Brasil – 2018

Fatores associados	DTA		P-valor*
	Sim (n = 48)	Não (n = 79)	
Náuseas/vômitos – n (%)	8 (18,8)	-	< 0,001
Dor abdominal – n (%)	10 (20,8)	2 (2,5)	0,001

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

* Qui-quadrado de Pearson

DTA = doença transmitida por alimento

Em relação ao desfecho final do atendimento das crianças em geral, foram: alta em 96,1% e transferência em 3,9%. Dentre as 48 crianças com DTA, 95,8% tiveram alta e 4,2% foram transferidas.

DISCUSSÃO

O principal achado do nosso trabalho foi que, no carnaval de Salvador, as DTA foram prevalente nas crianças que estavam como foliãs de rua, no circuito Osmar, que foram atendidas no período da tarde, tinham faixa etária entre 1 a 9 anos e do sexo masculino. Dentre as queixas clínicas, a presença de náuseas/vômitos e dor abdominal foram associadas às DTA. Tais achados assemelham-se ao encontrado em um estudo que analisou a ocorrência dos atendimentos de DTA em Vitória da Conquista (BA) e em um evento de massa realizado no município de Vilarejo de Cuiabá (MG), em que as crianças atendidas prevaleceram à faixa etária de 1 a 9 anos^{5,15}.

Os bebês e as crianças menores estão no grupo de maior vulnerabilidade às doenças transmitidas por alimentos, devido ao sistema imunológico ainda estar em formação, o que torna necessário que seja garantida a segurança dos alimentos consumidos por esse grupo etário^{16,17}.

Com relação ao sexo, não foram evidenciadas diferenças discrepantes, houve o predomínio de crianças do sexo feminino atendidas no evento de massa. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados em um evento de massa em Sidney na Austrália, em que prevaleceram os atendimentos do sexo feminino¹⁸. Em nosso estudo foi prevalente o sexo masculino em relação à presença de DTA. Tais achados concordam com estudos que avaliaram as crianças hospitalizadas com doença diarreica aguda, as crianças atendidas na Copa do Mundo de 2010; e o perfil de pacientes com DTA atendidos em evento de massa indígena, evidenciou um predomínio do sexo masculino^{5,19}.

Em relação à raça/etnia das crianças atendidas com DTA, esta pesquisa evidenciou maior proporção na cor parda, seguida da preta. Observa-se que poucos estudos encontrados

na literatura destacam a etnia das crianças atendidas nos eventos de massa. Um estudo na emergência pediátrica de um hospital universitário na cidade de Marília, em São Paulo, evidenciou maior proporção de atendimentos de brancos (72%), seguido de pardos (20,9%) e negros (1,4%)^{20,21}. Atribuímos a diferença entre a raça/etnia desse estudo, por que nossa pesquisa foi realizada na cidade de Salvador, onde apresenta a maior população de negros, entre pretos e pardos, do país segundo o último Censo do IBGE²⁰.

No que se refere à atividade do paciente, houve maior percentual de folião de “rua” no carnaval. O folião de rua representa a parcela da população da cidade com menos recursos financeiros durante os festejos²². A escolaridade e a renda influenciam no entendimento de alimentação saudável, o qual pode influenciar a escolha inadequada dos alimentos e o conhecimento dos pais quanto à importância de ingerir bastante líquido e não ficar exposto ao calor por muito tempo. Além de que os alimentos vendidos pelo comércio de rua possuem um custo menor, o que os tornam a opção de escolha pelas pessoas com menor renda^{23,24}. Outro fator de risco que pode estar associado aos casos de crianças com DTA no carnaval de Salvador é a informalização do comércio de alimentos.

Estudo realizado no carnaval de Salvador identificou que os vendedores ambulantes comercializam alimentos e bebidas que oferecem ameaça à saúde dos participantes, pois não ocorrem condições adequadas de higiene²⁵. Assim, torna-se necessária a inserção da educação alimentar nos serviços públicos de saúde e no ambiente escolar das crianças para que desenvolvam hábitos saudáveis que previnam as doenças e promovam o crescimento e desenvolvimento adequado à faixa etária²⁶.

Dentre as características dos atendimentos das crianças atendidas com DTA, observou-se um maior percentual nos circuitos Osmar e Dodô respectivamente, isso pode ser devido a esses circuitos serem considerados os principais do carnaval de Salvador com uma maior aglomeração de pessoas, devido à passagem dos trios elétricos e maiores pontos de vendas de alimentos^{21,27}.

No que se refere ao turno de atendimento, houve uma maior prevalência dos atendimentos de crianças com DTA no período da tarde, com base nesses achados, pode-se formular hipóteses de que no período da tarde a temperatura é mais elevada e muitos alimentos são preparados em períodos anteriores, destacando a importância da atuação da vigilância no controle das diversas etapas de produção do alimento, até da sua comercialização²⁸.

Quanto ao desfecho final, houve prevalência dos pacientes que obtiveram alta, sendo que dos cinco pacientes que foram transferidos para outra instituição de assistência

à saúde, dois possuíam DTA. O tratamento para DTA aguda ocorre através da ingestão de sais hidratantes orais e de líquidos. Nos casos mais graves, em que a criança apresentar a desidratação grave ou diarreia grave persistente, deve ocorrer a internação para que haja a hidratação endovenosa, devido à perda de líquidos, e para o tratamento das manifestações clínicas e dos órgãos afetados, decorrente da DTA²⁹.

Ao realizar a análise da associação entre as variáveis, observou-se uma relação entre os sinais clínicos apresentados de náuseas/vômitos e dor abdominal com a presença de DTA. Na literatura é descrito que os sinais clínicos geralmente dependem do agente etiológico envolvido e é comum a apresentação da náusea/vômitos e dor abdominal nos pacientes com a doença transmitida por alimentos²⁹.

Assim, é necessário o fornecimento de infraestrutura adequada no carnaval, a promoção da educação sanitária dos vendedores, de forma a permitir melhores níveis de segurança alimentar, já que a doença transmitida por alimentos representa um risco para as crianças e demais participantes, e a prevenção dos participantes do evento de massa e atuação da Vigilância em Saúde juntamente com os demais órgãos envolvidos, para que haja a detecção, o monitoramento, planejamentos e intervenções que garantam segurança aos participantes²¹.

A limitação dessa pesquisa foi a escassez na literatura de dados semelhantes para comparação com nossos resultados, reforçando a necessidade de mais estudos nessa temática.

Os resultados deste estudo proporcionaram a identificação do perfil das crianças acometidas com doenças transmitidas por alimentos durante eventos de massa e seus fatores associados. A faixa etária predominante entre as crianças com DTA foram entre 1 a 9 anos. Apesar de a maior parte atendida ter sido do sexo feminino, a prevalência em relação à presença de DTA foi no sexo masculino. Desse, a raça/etnia de maior proporção foi a cor parda seguida de preta, o maior percentual de folião de rua, no circuito Osmar e no período da tarde. Em relação aos atendimentos, o maior desfecho foi a alta ao final.

Baseados no conhecimento dos fatores que levam as DTA, os gestores de saúde pública podem contribuir para intensificar a fiscalização dos alimentos oferecidos em eventos de massa e capacitar os profissionais, tornando-os preparados para melhor qualidade e desfecho no atendimento ao público pediátrico, principalmente em eventos de massa como o carnaval.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Andressa Silva Carneiro de Souza, Nathalee Ferreira Cordeiro, Ivan de Mattos Paiva Filho, Denise Santana Silva dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Márcia Maria Carneiro Oliveira.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Andressa Silva Carneiro de Souza, Nathalee Ferreira Cordeiro, Ivan de Mattos Paiva Filho, Denise Santana Silva dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Márcia Maria Carneiro Oliveira.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Andressa Silva Carneiro de Souza, Nathalee Ferreira Cordeiro, Ivan de Mattos Paiva Filho, Denise Santana Silva dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Márcia Maria Carneiro Oliveira.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Andressa Silva Carneiro de Souza, Nathalee Ferreira Cordeiro, Ivan de Mattos Paiva Filho, Denise Santana Silva dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Márcia Maria Carneiro Oliveira.

REFERÊNCIAS

1. Shirm S, Liggins R, Dick R, Graham J. Prehospital preparedness for pediatric mass-casualty events. *Pediatrics*. 2007;120(4):756-61.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Surtos de doenças transmitidas por alimentos no Brasil [Internet]. Brasília (DF); 2018 [citado em 2020 maio 6]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/17/Apresentacao-Surtos-DTA-2018.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde [Internet]. Brasília (DF); 2014 [citado em 2020 maio 6]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf
4. Takla A, Velasco E, Benzler J. The FIFA women's world cup in Germany 2011: a practical example for tailoring an event-specific enhanced infectious disease surveillance system. *BMC Public Health*. 2011;21(12):576-82.
5. Arbon P. Mass-gathering medicine: a review of the evidence and future directions for research. *Prehosp Disaster Med*. 2007;22(2):131-5.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica n. 15: responsabilidades das esferas de gestão e diretrizes nacionais para planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância e assistência à saúde em eventos de massa [Internet]. Brasília (DF); 2013 [citado em 2018 fev 27]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-15-2013-EVENTOS-DE-MASSA.pdf>

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.139, de 10 de junho de 2013: define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa [Internet]. Brasília (DF); 2013 [citado em 2018 fev 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1139_10_06_2013.html
8. Nunes DM, Paula FJ Jr, Melo JS, De-Oliveira EC, Meneguini VC, Dias F, et al. Surto de doença transmitida por alimento em evento de massa de populações indígenas em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, no ano de 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):195-202.
9. Krul J, Sanou B, Swart EL, Girbes AR. Medical care at mass gatherings: emergency medical services at large-scale rave events. *Prehosp Disaster Med*. 2012;27(1):71-4.
10. Castro CF, Simões DCM, Delamarque EV, Pepe VLE. Eventos de massa, desastres e Saúde Pública. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(9):3717-30.
11. Bernardo LM, Veenema TG. Pediatric emergency preparedness for mass gatherings and special events. *Disaster Manag Response*. 2004;2(4):118-22.
12. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1990 jul 16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
13. Rodrigues BF, Góes JAW, Cardoso RCV, Souza WM, Ferreira TCB. O comércio de comida de rua no centro histórico de Salvador – BA: caracterização da oferta de alimentos e aspectos higiênico-sanitários. *Segur Aliment Nutricional*. 2014;21(1):347-58.
14. Silva C, Germano MIS, Germano PML. Condições higiênico-sanitárias dos locais de preparação da merenda escolar, da rede estadual de ensino de São Paulo. *Hig Aliment*. 2003;17(110):49-55.
15. Organização Mundial de Saúde. Doenças de origem alimentar: enfoque para educação em saúde. São Paulo (SP): Roca; 2006.
16. Batista FVB, Bezerra VM. Ocorrência de doenças transmitidas por alimentos no município de Vitória da Conquista, Bahia. *Cad ESP*. 2015;9(1):27-34.
17. Crabtree N, Mo S, Ong L, Jegathees T, Wei D, Fahey D, Liu JJ. Retrospective analysis of patient presentations at the Sydney (Australia) Royal Easter Show from 2012 to 2014. *Prehosp Disaster Med*. 2017;32(2):187-94.

18. Zroback C, Levin D, Manlhiot C, Alexander A, van As AS, Azzie G. Impact of the 2010 FIFA (Federation Internationale de Football Association) World Cup on pediatric injury and mortality in Cape Town, South Africa. *J Pediatr*. 2014;164(2):327-31.
19. Santos ML, Silva RB, Vogt MSL, Haeffner LSB, Michelotti MRC. Pronto atendimento infantil: quem utiliza e por que motivo. *Saúde*. 2013;39(2):79-88.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População total e respectiva distribuição percentual, por cor ou raça, segundo as grandes regiões, unidades da federação e regiões metropolitanas: 2010 [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado em 2018 fev 22]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf
21. Avelar AES. Fatores de influência no consumo de alimentos e alimentação fora do lar [dissertação]. Lavras (MG): Universidade Federal de Lavras; 2010.
22. Silveira KB, Alves JF, Ferreira HS, Sawaya AL, Florêncio TM. Association between malnutrition in children living in slums, maternal nutritional status, and environmental factors. *J Pediatr*. 2010;86:215-20.
23. Alquthami AH, Pines JM. A systematic review of on communicable health issues in Mass Gatherings. *Prehosp Disaster Med*. 2014;29(2):167-75.
24. Nakagawa FS, Barbosa RRF, Silva LVG. A cidade e o carnaval: os processos mediático e interativo nos circuitos Dodô e Batatinha [Internet]. Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação; 2016 set 5-9; São Paulo, SP. São Paulo (SP): Intercom; 2016 [citado em 2017 out 2]. Disponível em: <http://portalintercom.org.br/anais/nacional2016/resumos/R11-0250-1.pdf>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual integrado de prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos [Internet]. Brasília (DF); 2010 [citado em 2020 maio 7]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_integrado_prevencao_doencas_alimentos.pdf
26. Vieira NC, Oliveira PCM. Carnaval de Salvador: discutindo a gestão da festa [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2014.
27. Santos KB. O comércio da comida de rua no carnaval de Salvador-Bahia: desvendando as dimensões social, econômica, alimentar e sanitária. [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2013.
28. São Paulo. Alerta epidemiológico: surtos de doenças transmitidas por água e alimentos [Internet]. São Paulo (SP): Prefeitura de São Paulo; 2011 [citado

em 2018 jan 10]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/alerta_epidemiologico_-_2011_surtos_de_doencas_transmitidas__por_agua_e_alimentos_1299791339.pdf

29. Food and Agriculture Organization. Good hygienic practices in the preparation and sale of street food in Africa: tools for training [Internet]. Rome; 2009 [citado em 2020 maio 7]. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a0740e/a0740e00.pdf>

Recebido: 14.4.2018. Aprovado: 7.3.2019.