

**RESTO INGESTA EM UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR
NA CIDADE DE PATO BRANCO-PR**

Ana Paula Fonseca Novinski¹
Gesika Cortes Araújo¹
Indiomara Baratto^{1,2}

RESUMO

No período de internação hospitalar pode ocorrer piora do quadro nutricional dos pacientes, a alimentação é inserida com papel fundamental na prevenção, tratamento e recuperação da saúde, e quando esta se encontra equilibrada nutricionalmente, os processos patológicos podem ser inibidos e/ou estabilizados. Este trabalho teve como objetivo quantificar o desperdício alimentar e avaliar o resto ingestão de pacientes hospitalizados, o levantamento se deu em uma unidade hospitalar localizada na cidade de Pato Branco- Paraná. Foi realizada análise de dados do almoço, sendo dieta do tipo livre, referente às sobras de alimentos, analisado durante quatro semanas, realizando pesagem das preparações prontas para consumo, da sobra descartada, sobra limpa e resto ingestão. Os dados foram coletados de forma geral, sem agrupamentos de setores atendidos. Os resultados encontrados indicaram que se faz necessário um maior controle da produção, bem como, o controle de satisfação de quem consome, a fim de evitar o desperdício.

Palavras-chave: Nutrição Hospitalar. Unidade de Alimentação e Nutrição. Resto Ingesta.

ABSTRACT

Other ingestion in a hospital feeding and nutrition unit in the city of Pato Branco-PR

In the hospitalization period, worsening of the nutritional status of the patients may occur, food is inserted with a fundamental role in the prevention, treatment and recovery of health, and when it is nutritionally balanced, the pathological processes are inhibited and / or stabilized. This study aimed to quantify food waste and evaluate the rest ingestion of hospitalized patients. The survey took place in a Hospital Unit located in the city of Pato Branco - Paraná. It was performed a data analysis of the lunch, free type diet, referring to leftovers, analyzed for four weeks, weighing the ready - to - eat preparations, discarded leftovers, clean leftovers and rest ingestion. Data were collected in general, without grouping of sectors served. The results indicated that a greater control of the production is necessary, as well as, the control of satisfaction of the consuming ones, in order to avoid the waste.

Key words: Hospital Nutrition. Food and Nutrition Unit. Rest Ingestion.

E-mail dos autores:
indybaratto@yahoo.com.br
gesika_cortes@hotmail.com
paula_novinski@hotmail.com

Endereço para correspondência:
Indiomara Baratto.
Rua Luiz Favretto, número 82.
Bairro Centro. Pato Branco-PR.
CEP: 85.505-150.

1-Faculdade de Pato Branco (FADEP), Pato Branco-PR, Brasil.

2-Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs), são locais para preparação de refeições nutricionalmente adequadas e equilibradas em relação à macronutrientes e micronutrientes, garantindo a saúde de quem às consome, assegurando a qualidade organoléptica e higiênico-sanitária (Ricarte e colaboradores, 2008).

É possível avaliar a qualidade e eficiência dos serviços prestados por meio de sobras ou restos de alimentos e a investigação dos motivos destes (Zimmermann e Mesquita, 2012).

O Brasil é um país que apresenta altos índices de desperdício de alimentos, que pode ser caracterizado por baixa qualidade do serviço. Para quantificar esses valores de desperdício, é realizado o cálculo de Resto Ingesta (RI), que é a quantidade de alimento devolvida no prato ou bandeja pelos clientes e/ou pacientes (Silva e colaboradores, 2010).

Para evitar o desperdício é necessário que seja realizado um planejamento correto do número de refeições, bem como traçar metas de controle de sobras, avaliação do rendimento da matéria-prima e manter durante todo o tempo de distribuição uma excelente apresentação dos pratos em temperatura adequada (Zimmermann e Mesquita, 2012).

A avaliação da sobra limpa envolve alimentos que não foram utilizados, ou seja, que não passou pela distribuição, esta medida visa controlar as quantidades desperdiçadas provenientes de cálculo de per capita incorreto e quantidade aumentada de alimentos produzidos (Carmo e Lima, 2011).

A sobra suja é o alimento que passou pela distribuição e que foi descartado pelo comensal, caracterizando-se como, resto ingesta (Silva e colaboradores, 2010).

Para garantir segurança alimentar, o reaproveitamento de sobras limpas deve ser baixo e de sobras sujas zero, visto que quanto mais alimentos bons para o consumo for para o lixo, maior o custo de produção, significando perda de dinheiro como resultado da má qualidade em uma UAN (Bradacz, 2003).

A patologia em muitos dos casos, associada à internação deixa o indivíduo debilitado e sem apetite e, em razão disto, a área da nutrição hospitalar deve participar ativamente do processo de recuperação da

saúde, agindo de forma multidisciplinar, ou seja, com os demais profissionais.

A alimentação é um ato que envolve a satisfação dos aspectos emocionais, psicológicos e motivacionais dos indivíduos, bem como, na prevenção, manutenção da saúde e qualidade de vida, que auxiliam nos processos de recuperação. Por estes fatos, faz-se necessário o amparo no tratamento nutricional, visto que, quando mal conduzida, dificulta o restabelecimento da saúde do indivíduo (Silva, 2007).

Souza, Glória e Cardoso (2011) destacam a importância do trabalho da instituição hospitalar na oferta de refeições com as necessidades dietéticas adequadas dos pacientes, visto que o consumo de refeições nutricionalmente equilibradas terá um impacto positivo na evolução do quadro clínico do indivíduo.

Vale ressaltar que, uma ingestão alimentar inadequada contribui para desnutrição no ambiente hospitalar, fato este que pode estar relacionado à doença, bem como pela insatisfação com as preparações oferecidas (Ferreira, Guimarães e Marcadenti, 2013).

Enfatiza-se que o ambiente hospitalar pode influenciar negativamente a aceitação da dieta pelos pacientes, desta forma, o presente trabalho teve por objetivo quantificar o desperdício alimentar, através do método de resto ingesta entre pacientes hospitalizados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) hospitalar, localizada no município de Pato Branco-PR, que distribui aproximadamente de 60-100 refeições diárias, em quatro turnos, sendo café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, totalizando em torno de 240 a 400 refeições/dia.

A pesquisa foi realizada apenas no turno do almoço.

A unidade hospitalar possui diferentes tipos de dietas prescritas aos pacientes, este trabalho levou em consideração apenas as dietas do tipo livre/geral, sendo estas compostas por alimentos base, como arroz, feijão, guarnição (acompanhamento), dois tipos de salada e sobremesa.

Para a avaliação do resto ingesta, realizou-se a pesagem dos alimentos

oferecidos no almoço aos pacientes em dieta livre de um dia da semana, durante quatro semanas, utilizando balança eletrônica de plataforma média da marca *Micheletti* com capacidade mínima de 1kg, máxima de 150kg e sensibilidade de 0,05g.

Para a obtenção do peso da quantidade de alimento preparado, foram pesadas as preparações prontas com as panelas, e posteriormente, somente a panela, para descontar este valor e obter somente a quantidade exata de alimento.

Os valores das pesagens das preparações foram somados, diminuiu-se o peso das preparações dos funcionários e as sobras limpas, resultando no total de alimentos distribuídos no dia para os pacientes.

Desse total, calculou-se o peso das sobras sujas, advindas dos leitões, ou seja, que não poderiam ser reaproveitadas.

Todo o resto foi colocado em um saco plástico, descartando todos os tipos de materiais não comestíveis, como guardanapos, ossos, palitos, embalagem plástica, cascas, entre outros, para que, em seguida, o resto fosse pesado.

Os resultados foram obtidos através de cálculos de regra de três e analisados por gráficos.

RESULTADOS

As tabelas 1, 2, 3 e 4 indicam os dados obtidos nos dias da avaliação do resto ingesta, levando em consideração o tipo do alimento, o peso do alimento na panela (Kg), somente o peso da panela (Kg), somente o peso do alimento (Kg), o peso da sobra limpa com a panela (Kg) e o peso somente do alimento (sobra limpa) (Kg).

Tabela 1 - Dados obtidos no primeiro dia de avaliação de Resto Ingesta.

Alimento	Alimento com panela (Kg)	Somente a panela (Kg)	Somente o alimento (Kg)	Sobra limpa com panela (Kg)	Somente o alimento (Kg)
Arroz	17,5	2,75	14,75	5,30	2,55
Feijão	11,5	3,60	7,9	4,05	0,45
Almôndega	20,6	2,35	18,25	5,40	3,05
Macarrão	15,85	1,20	14,65	2,05	0,85
Frango grelhado	2,15	0,75	1,4	0,75	0,00
Purê	4,05	1,20	2,85	2,25	1,05
Cenoura	3,25	0,35	2,9	0,75	0,40
Tomate	2,90	0,35	2,55	0,80	0,45
Refogado de legumes	2,90	0,85	2,05	0,90	0,05
Sopa	9,55	0,80	8,75	6,30	5,5

Tabela 2 - Dados obtidos no segundo dia de avaliação de Resto Ingesta.

Alimento	Alimento Com Panela (Kg)	Somente a Panela (Kg)	Somente o Alimento (Kg)	Sobra Limpa Com Panela (Kg)	Somente Alimento (Kg)
Arroz	13,30	2,35	10,55	2,40	0,05
Feijão	14,45	3,60	10,85	5,55	1,95
Macarrão	10,25	2,30	7,95	2,50	0,15
Frango em molho	25,25	3,55	21,7	10,3	6,75
Purê de batata	3,70	1,20	2,50	2,30	1,1
Alface	1,25	0,35	0,90	0,35	0,00
Cenoura cozida	2,90	0,35	2,55	0,35	0,00
Refogado de legumes	3,00	0,85	2,15	0,85	0,00
Sopa	9,40	0,80	8,60	2,00	1,20

Tabelas 3 - Dados obtidos no terceiro dia de avaliação de Resto Ingesta.

Alimentos	Alimento Com Panela (Kg)	Somente a Panela (Kg)	Somente Alimento (Kg)	Sobra Limpa Com Panela (Kg)	Somente Alimento (Kg)
Arroz com cenoura	14,10	2,75	11,35	4,05	1,3
Feijão	13,40	3,60	9,8	4,50	0,90
Macarrão alho e olho	10,30	1,20	9,1	1,95	0,75
Strogonoff de frango	18,15	2,35	15,8	5,50	3,15
Peito de Frango	1,85	1,15	0,70	1,15	0,00
Purê de batata	2,60	1,20	1,4	2,15	0,95
Alface	1,20	0,35	0,85	0,35	0,00
Beterraba crua ralada	1,20	0,35	0,85	0,35	0,00
Refogado de legumes	2,80	0,85	1,95	1,15	0,3
Sopa	11,10	0,80	10,3	6,00	5,2

Tabela 4 - Dados obtidos no quarto dia de avaliação de Resto Ingesta.

Alimentos	Alimento Com Panela (Kg)	Somente Panela (Kg)	Somente Alimento (Kg)	Sobra Limpa Com Panela (Kg)	Somente Alimento (Kg)
Arroz	15,55	2,75	12,8	3,65	0,9
Feijão	13,8	3,60	10,2	3,85	0,25
Polenta	12,15	1,65	10,15	1,65	0,00
Carne bovina ao molho com batatas	20,40	2,35	18,05	5,45	3,1
Chuchu cozido	4,80	0,35	4,45	0,72	0,37
Beterraba cozida	3,80	0,35	3,45	0,73	0,38
Sopa	10,70	0,80	9,9	9,30	8,5
Purê de batata	3,35	1,20	2,15	1,25	0,05
Refogado de legumes	2,35	0,85	1,5	1,05	0,20
Peito de frango	1,75	0,80	0,95	0,80	0,00

Tabela 5 - Peso dos restos de alimento do almoço dos pacientes e funcionários.

	Total de alimento preparado (kg)	Sobra Limpa (kg)	Sobra Suja (kg)	Funcionários (kg)	Pacientes (kg)
1º dia	76,6	14,35	12,70	28 funcionários - 23,16 kg	66 pacientes - 38,60 kg
2º dia	67,75	11,20	12,80	27 funcionários - 18,70 kg	64 pacientes - 37,80 kg
3º dia	62,10	12,55	8,90	29 funcionários - 17,65 kg	48 pacientes - 31,95 kg
4º dia	73,95	13,75	8,40	31 funcionários - 21,25 kg	62 pacientes - 38,95 kg
Total	280	52	42,08	115-80 kg	240-148 kg

Na determinação do peso das refeições, observou-se que no primeiro dia de avaliação foi maior a quantidade de alimentos preparados (12,70 kg), sendo este um dos dias em que mais houve índice de resto ingesta.

Em contrapartida, no segundo dia foi preparado menor quantidade de alimentos,

porém, foi o dia em que mais obteve-se sobras sujas (12,80 kg).

No terceiro e quarto dia obteve-se menor índice de sobras sujas, não ultrapassando 9 kg.

Na tabela 5 abaixo é possível visualizar os valores em Kg do total de alimentos produzidos, assim como o total da sobra limpa em Kg, o total de alimentos em Kg

distribuídos para os funcionários e o total de alimentos em Kg distribuídos para os pacientes.

No primeiro dia de coleta de dados 31,22% do total de alimento preparado foi distribuído aos funcionários da unidade, 50,39% para 66 pacientes, onde, 38,60% destes alimentos retornaram dos leitos e 18,66% foi sobra limpa.

No segundo dia 55,83% do alimento produzido foi distribuído aos pacientes e 27,62% distribuído aos 64 leitos, destes, 33,86% de sobras sujas retornaram e 16,54% foram sobra limpa.

No terceiro dia, 51,45% da produção foi destinada à 48 pacientes, onde 28,42% onde 27,85% retornou, 28,42% foi distribuído aos funcionários e 20,13% foram sobras limpas, que não foi para a distribuição.

No quarto e último dia 52,67% do alimento produzido foram destinados à 62 pacientes, 21,56% retornou dos leitos e 28,74% foi distribuído para os funcionários da unidade, 18,59% foi o que sobrou nas panelas, classificado como sobra limpa.

A figura 1 a seguir indica a quantidade de alimento em Kg produzido ao dia, assim como a sobra limpa, suja, quantidade produzida aos funcionários e aos pacientes.

Os resultados obtidos no presente estudo não estão de acordo com os parâmetros exigidos pela literatura, considerando que a margem de sobras sujas para a população enferma é de 20%.

Porém, a unidade analisada opera com uma margem superior, sendo que ao final dos quatro dias de análise observou-se que 42,08 kg foram desperdiçados, totalizando em 28% de resto ingesta.

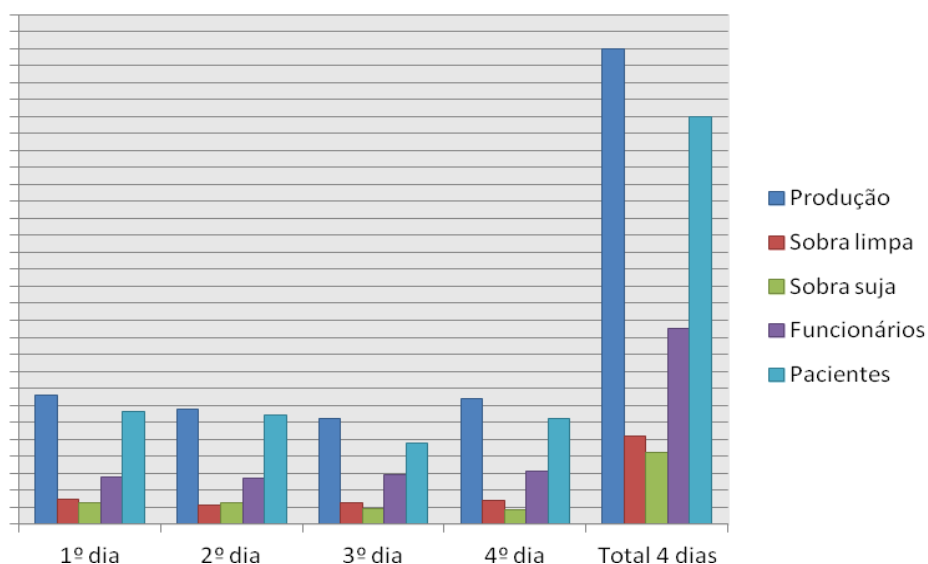


Figura 1 - Quantidade de alimento produzido por dia.

DISCUSSÃO

No gerenciamento de serviços de alimentação um fator de extremo risco é o desperdício, tendo em vista que o Brasil é um país onde a subnutrição pode ser considerada um dos problemas mais sérios de saúde pública (Saurin e Basso, 2008).

Muller (2008), afirma que dentro de uma UAN, geralmente se tem uma produção a mais de alimentos com margem de segurança de normalmente 10%.

De acordo com Strapazon e colaboradores (2015) uma avaliação diária de sobras é uma medida extremamente importante para o controle de desperdício, pois permite detectar práticas que geram aumento de gastos.

Através dos dados acima citados, foi determinado que destes quatro dias de pesquisa, 53% do alimento produzido foi para os pacientes, sendo 28% resto ingesta, para os funcionários foram 28,50% da produção e 18,50% sobra limpa.

Segundo Borges e colaboradores (2006), espera-se que os restos produzidos pelos serviços não ultrapassem de 5% da produção de alimentos, o que os classifica na condição de ótimos, sendo aqueles serviços cujo desperdício de alimentos varia entre 5% a 10% são classificados como bons e na faixa de regular estão os serviços que perdem entre 10 a 15%. Acima de 15% representam um indicativo de péssimo desempenho do serviço.

Para Souza, Glória e Cardoso (2011) quando os valores de resto-ingestão estão acima de 20% em coletividades enfermas, pressupõe-se inadequação no planejamento e na execução dos cardápios.

Parisenti, Firmino e Gomes (2008) concluíram após uma avaliação de sobras de alimentos, que a qualidade da matéria-prima, variedade do cardápio e apresentação, bem como a atenção da equipe às preferências alimentares do paciente influencia positivamente na diminuição de restos alimentares.

Chamberlem, Kinasz e Campos (2012) observaram em pesquisa que um dos maiores fatores responsáveis pela geração do resto ingesta é a deficiência no desenvolvimento de atividades técnicas do nutricionista relacionados ao planejamento, elaboração e avaliação dos cardápios de acordo com a necessidade da clientela, além de ressaltar que é imprescindível a atualização e aperfeiçoamento de colaboradores, estabelecimento e de Procedimento Operacionais Padronizados (POP's).

Rolim e colaboradores (2011) verificaram através de pesquisa realizada em enfermarias que os valores de resto-ingestão reduziram a partir da intervenção, alterando o utensílio de servir a refeição, substituindo a bandeja onde os alimentos eram servidos separadamente com divisórias, pelos os pratos de porcelana, mas também enfatizaram que o estado atual do paciente é o maior fator pela a baixa ingestão alimentar, ponderando que processos hospitalares reduzem o apetite e consequentemente a ingestão de alimentos.

Proença e colaboradores (2005) salientam que não somente o alimento é importante, mas também sua apresentação, principalmente para as coletividades enfermas, além dos princípios dietoterápicos, são necessários cuidados para estimular a adesão à dieta, devido a eles estarem fora de seu ambiente habitual e com sua saúde

comprometida. É importante saber que este ato envolve a combinação de todas as sensações, sendo ela a olfativa, táteis, térmicas, auditivas, que na boca se juntam e resultam no prazer de alimentar-se.

A dietoterapia é um dos recursos fundamentais para o restabelecimento de enfermos, sendo imprescindível que este aporte de nutrientes e energia seja aproveitado da melhor forma, permitindo preservar ou recuperar o estado nutricional, melhorando o estado clínico do paciente, diminuindo assim seu tempo de internação.

O resto ingesta obtido na pesquisa encontrou-se acima do recomendado, fazendo-se necessário que haja uma interação com a equipe de saúde e nutrição para avaliação das preparações alimentares, levando em conta a temperatura, utilização de temperos, horário das refeições servidas, apresentação das bandejas, bem como a higiene dos utensílios.

Os valores de sobra limpa encontrados nos quatro dias de avaliação foram valores consideráveis, que se houvesse melhor planejamento seria evitado.

Ricarte e colaboradores (2008) destacam que o desperdício ocorre também quando não há programação adequada do volume de refeição a ser preparada, ressaltando que o número de comensais deve ser considerado antes de ser definida a quantidade de alimento a ser preparado.

Entretanto, se não for possível evitar a sobra de alimentos que não foram distribuídos, deve-se seguir rigorosamente critérios de segurança, como o tempo e temperatura, evitando o crescimento microbiano e ocorrência de doenças provocadas por alimentos malconservados (Silva Júnior e Teixeira, 2007).

O paciente necessita estar bem alimentado, uma vez que a alimentação adequada reduz tempo de internação e de leito, deve-se pensar em diferentes maneiras de melhorar a forma de alimentação no ambiente hospitalar.

CONCLUSÃO

Os índices de resto-ingesta encontrados estiveram acima do aceitável (28,00%), considerando que para a população enferma este valor não deve ultrapassar 20,00%.

A temperatura, assim como características organolépticas podem ser fatores determinantes para este resultado, visto que estes são aspectos de maior satisfação.

Considera-se também de extrema importância o porcionamento adequado para cada indivíduo, avaliando seu estado nutricional e necessidade energética, evitando-se, comida em excesso, causando o desperdício.

A partir dos resultados, observou-se a necessidade de avaliação dos processos envolvidos na produção dessas refeições e criação de estratégias que estimulem a ingestão alimentar do paciente e maior controle de sua aceitabilidade, analisando que é de suma importância o conhecimento da dieta prescrita e oferecida, pois está diretamente relacionada com o estado nutricional e evolução do quadro clínico do paciente. Nesse sentido, é indispensável às técnicas dietéticas e a gastronomia hospitalar para a elaboração de cardápios nutritivos e que estimulem a ingestão alimentar do paciente.

Como medida de intervenção foram desenvolvidos dois modelos de folders educativos, como é possível visualizar abaixo, estes ressaltaram a importância da alimentação correta para a prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

Os Folders foram grampeados juntos com os talheres dispostos na bandeja de alimentação, figura 2 e 3.



Nutrição Importância

A alimentação possui papel fundamental na recuperação da saúde e é pensando exatamente nisso que preparamos suas refeições. Com carinho, Equipe de nutrição / SND e estagiárias de Nutrição- FADEP

"Que teu alimento seja o teu remédio...". Hipócrates



Figura 2 - Folder educativo.



Figura 3 - Folder Educativo

REFERENCIAS

- 1-Borges, C.; Rabito, E.; Silva, K.; Ferraz, C.; Chiarello, P.; Santos, J.; Marchini, J. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. Campinas-SP. 2006.
- 2-Bradacz, D. Modelo de Gestão de Qualidade para o Controle de Desperdício de Alimentos em Unidades de Alimentação e Nutrição. Florianópolis-SC. 2003.
- 3-Carmo, S.; Lima, T. Avaliação do índice de sobras limpas em uma unidade de alimentação e nutrição institucional na cidade de Campo Grande- MS. Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde. Vol. 15. Núm. 6. 2011.
- 4-Chamberlem, S.; Kinasz, T.; Campos, M. Resto ingestão e sobra descartada: fonte de geração de resíduos orgânicos em unidades de alimentação e nutrição em Cuiabá-MT. Cuiabá-MT. 2012.
- 5-Ferreira, D.; Guimarães, T.; Marcadenti, A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. Porto Alegre-RS. 2014.
- 6-Muller, P. Avaliação do desperdício de alimentos na distribuição do almoço servido para os funcionários de um hospital público de Porto Alegre-RS. TCC. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2008.
- 7-Parisenti, J.; Firmino, C.; Gomes, C. Avaliação de sobras de alimentos em unidade produtora de refeições hospitalares e efeitos

da implantação do sistema de hotelaria. Florianópolis-SC. 2007.

8-Proença, R.; Sousa, A.; Veiros, M.; Hering, B. Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. Florianópolis. Ed. UFSC. 2005.

9-Ricarte, M. P.; Fé, Márcia, S.; Inez Helena, L. A. K. Avaliação do Desperdício de Alimentos em uma Unidade de Alimentação e Nutrição Institucional em Fortaleza-CE. Porto Velho. 2008.

10-Rolim, P.; Souza, K.; Filgueira, L.; Silva, L. Apresentação da refeição versus desperdício de alimentos na alimentação de pacientes oncológicos. Natal-RN. 2011.

11-Saurim, I. M. L.; Basso, C. Avaliação do desperdício de alimentos de bufê em restaurante comercial em Santa Maria, RS. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*. Vol. 9. Num. 1. p.115-120. 2008.

12-Silva Júnior, E.A.; Teixeira, R.P.A. Manual de procedimentos para utilização de sobras alimentares. 2007. Disponível em: <<http://docs14.minhateca.com.br/888473301,BR,0,0,Manual-Procedimentos-Utiliza%C3%A7%C3%A3o-Sobras-Alimentares.doc>>. Acesso em 10/08/2016.

13-Silva, A.; Silva, C.; Pessina, E. Avaliação do índice de resto ingesta após campanha de conscientização de dos clientes contra o desperdício de alimentos em um serviço de alimentação hospitalar. *Rev. Simbio-Logias*. Vol. 3. Núm. 4. 2010.

14-Silva, A. R. Desenvolvimento de Critério Objetivo para a Sinalização da Ingestão Alimentar Deficiente de Paciente Hospitalizado. Araraquara-SP. 2007.

15-Souza, A.; Glória, M.; Cardoso, T. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Revista nutrição*. Campinas-SP. 2011.

16-Strapazzon, J.; Aralde, Q.; Anjos, M.; Cozer, M.; Franca, V. Sobras e Resto Ingesta: Uma avaliação do desperdício. *Nutrição Brasil*. Vol. 14. Núm. 3. 2015.

17-Zimmerzann, A.; Mesquita, M. Campanha Resto Zero em Restaurante Universitário. Santa Maria-RS. 2011.

Recebido para publicação em 12/12/2016
Aceito em 18/06/2017