

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE MBA EM GESTÃO DE UAN, GASTRONOMIA E
EMPREENDEDORISMO EM NEGÓCIOS DE ALIMENTAÇÃO

**FATIANA DINIZ ARAUJO BELFORT
LILYANNE MENDES BARROS LOBATO
SUELEN PEREIRA MARTINS AGUIAR
VALERIA SILVA DE MEDEIROS MONTEIRO**

**ALIMENTAÇÃO FORA DO DOMICILIO COMO FATOR DE RISCO PARA O
DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRONICAS**

São Luís
2016

**FATIANA DINIZ ARAUJO BELFORT
LILYANNE MENDES BARROS LOBATO
SUELEN PEREIRA MARTINS AGUIAR
VALERIA SILVA DE MEDEIROS MONTEIRO**

**ALIMENTAÇÃO FORA DO DOMICILIO COMO FATOR DE RISCO PARA O
DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRONICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em MBA em Gestão em UAN, Gastronomia e Empreendedorismo em Negócios de Alimentação da Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em MBA em Gestão em UAN, Gastronomia e Empreendedorismo em Negócios de Alimentação.

Orientador(a): Profa. Me. Ludmilla B. Leite Rodrigues

São Luís
2016

**FATIANA DINIZ ARAUJO BELFORT
LILYANNE MENDES BARROS LOBATO
SUELEN PEREIRA MARTINS AGUIAR
VALERIA SILVA DE MEDEIROS MONTEIRO**

**ALIMENTAÇÃO FORA DO DOMICILIO COMO FATOR DE RISCO PARA O
DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRONICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em MBA em Gestão em UAN, Gastronomia e Empreendedorismo em Negócios de Alimentação da Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em MBA em Gestão em UAN, Gastronomia e Empreendedorismo em Negócios de Alimentação.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Ludmilla B. Leite Rodrigues (Mestra em Ortodontia pelo Centro
Universitário Hermínio Ometto – UNIARARA – SP)
Orientador(a)

1° Examinador

2° Examinador

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a alimentação fora do domicílio como fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. Este trabalho baseia-se em um estudo bibliográfico, documental, exploratório de abordagem qualitativa. Elaborado a partir de pesquisas nas bases de SCIELO (Biblioteca Científica Eletrônica Online) e Biblioteca Virtual da Saúde (BIREME). Foram selecionados artigos gratuitos e disponíveis na base de dados eletrônicos escolhidos e redigidos em português. Após a análise dos textos, verificou-se que com a globalização e aceleração da vida urbanizada, tem ocasionado o consumo de alimentos fora domicílio, na qual esses comensais, dão preferência ao que está sendo servido, ou seja comidas de rápido produção e sem qualidade nutricional. Nesse sentido, o alto consumo diário de alimentos com alto teor calórico, que ocasionado o desenvolvimento de doenças crônicas, como a obesidade. Portanto, a criação de mais políticas de incentivo ao consumo de alimentos saudáveis e promoção de educação para população, são pontos necessários e importantes para mudança dos hábitos alimentares da sociedade.

Palavras-chave: Doenças Crônicas. Hábitos alimentares. Alimentação Coletiva.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the food outside the home as a risk factor for developing chronic diseases. This work is based on a bibliographic study, documental, exploratory qualitative approach. Drawn from research on the basis of SCIELO (Scientific Electronic Library Online) and Virtual Health Library (BIREME). We selected articles free and available in the electronic database chosen and written in Portuguese. After the analysis of the texts, it was found that that with globalization and acceleration of urban life, has caused food consumption outside the household in which these dinners, give preference to being served, or food from fast-free production nutritional quality. In this sense, the high daily consumption of foods with high caloric have, which caused the development of chronic diseases such as obesity. Therefore, the creation of more policies to encourage consumption of healthy food and population for education promotion are necessary and important points to change the eating habits of society.

Keywords: Chronic Diseases. Eating habits. Collective power.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	Justificativa	7
2	OBJETIVO	7
3	METODOLOGIA	7
4	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO.....	8
5	ALIMENTAÇÃO FORA DO DOMICÍLIO NO BRASIL	12
6	ALIMENTAÇÃO FORA DO DOMICÍLIO COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	14
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
	REFERÊNCIAS	18
	ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	21

1 INTRODUÇÃO

Devido às modificações sociais, econômicas e culturais ocorridas no Brasil, nos últimos tempos, vem sendo alterado o comportamento alimentar do brasileiro. Por causa da vida urbana acelerada, o consumo de alimentos fora do domicílio vem aumentando, logo vem às substituições de refeições e preparações tradicionais por lanches com elevada concentração de energia, gorduras, açúcar de adição e sódio (SOUZA et al., 2013).

De acordo com a Associação de Bares e Restaurantes (ABRASEL, 2015) estima-se que o setor represente, hoje, 2,7% do PIB brasileiro. Porém, a Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA, 2015) relata que o setor tem crescido a uma média anual de pujantes 14,2%.

Gomes Jr. (2014) afirma ainda, que a percepção de comer fora do domicílio vem sendo alterada, na qual o almoço em família é trocado por comer em pé, pelo almoço solitário, pela refeição rápida e o jantar cedeu seu lugar ao *fastfood*. O estudo mais recente realizado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2011, demonstrou que 34,6% dos brasileiros consomem em grande quantidade carnes com gordura e mais da metade da população (56,9%) bebe leite integral regularmente, sendo esses fatores importantes para a obesidade no país. A mesma pesquisa demonstrou ainda que 29,8% da população consomem refrigerantes pelo menos cinco vezes por semana e apenas 20,2% realizam o consumo de cinco ou mais porções por dia de frutas e hortaliças (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a associação de consumo de produtos alimentares fora do domicílio e o sedentarismo representam fatores importantes na piora da qualidade da segurança alimentar e nutricional, ou seja, a combinação da ingestão exagerada de gorduras e de outros componentes danosos à saúde com a baixa atividade, são riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) (GOMES JR, 2014).

No final do século XX, a maior proporção mundial dos óbitos por DCNT ocorre nos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, leva a Organização Mundial da Saúde a desencadear uma discussão internacional acerca da necessidade de intervenções. O objetivo é o enfrentamento do problema, indicando a necessidade de que esse grupo de doenças seja considerado prioritário e questão central pelos serviços de saúde (CESSE, 2007).

1.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades. As DCNT recebem também a denominação de doenças não infecciosas (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar, que as DCNT compreendem majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, justifica a realização desse estudo, pois esse hábito alimentar passa a ser preocupante, podendo levar ao excesso de peso e a maior probabilidade de doenças crônicas não transmissíveis.

2 OBJETIVO

Analisar a alimentação fora do domicílio como fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas.

3 METODOLOGIA

Este trabalho baseia-se em um estudo bibliográfico, documental, exploratório de abordagem qualitativa.

A pesquisa bibliográfica é o fator principal em todo trabalho científico, onde compõe o levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à pesquisa. Já a pesquisa documental é toda fonte de informação verídica que pode servir para consulta, podendo ser escrita ou não escrita, tais como filmes, sites, slides, fotografias ou pôsteres entre outras (RUIZ, 2007). O mesmo autor ressalta que a pesquisa exploratória é utilizada para realizar um estudo preliminar do principal objetivo da pesquisa que será realizada e quanto à abordagem qualitativa é caracterizada.

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da Pergunta:** como a alimentação fora do domicílio pode influenciar para o desenvolvimento de doenças crônicas?
- **Localização e seleção dos estudos:** Elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de SCIELO (Biblioteca Científica Eletrônica Online) e Biblioteca Virtual da Saúde (BIREME). Foram selecionados artigos gratuitos e disponíveis na base de dados eletrônicos escolhidos e redigidos em português e inglês.
- **Período dos trabalhos pesquisados:** 2006 a 2016
- **Coleta de Dados:** Primeiramente, foi realizada uma busca por artigos e teses que contemplavam a temática estudada, na qual os critérios de inclusão foram: os que estavam disponíveis gratuitamente na base de dados virtuais, que possuíam acesso de leitura na íntegra, os que estavam na língua portuguesa e inglês e os que melhor se adequavam ao tema estudado.
- **Análise e apresentação dos dados:** Foi realizado um fichamento para que as ideias formassem uma organização lógica do assunto para ser desenvolvida a redação textual. Os dados foram sistematizados em três descritores, pesquisados no DECS (Descritores em Ciências da Saúde) para melhor compreensão: 1) Doenças Crônicas, 2) hábitos alimentares e 3) Alimentação Coletiva.

4 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO

A importância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil de mortalidade do Brasil se estabeleceu na década de 1960, quando o conjunto das doenças do aparelho circulatório se sobrepôs ao das doenças infecciosas e parasitárias nas capitais brasileiras e em cidades como São Paulo. São a primeira causa de morte desde o final dos anos 40 (DUNCAN et al., 2012).

A partir da década de 60, em vários países incluindo o Brasil, vem ocorrendo modificações relevantes no padrão demográfico, no perfil de doenças e mortalidade da população. As modificações demográficas caracterizam-se por

redução significativa de fertilidade, urbanização crescente, aumento de esperança de vida ao nascer e envelhecimento populacional. As mudanças demográficas tiveram reflexo no perfil epidemiológico, como declínio das doenças infecciosas, aumento das causas externas (violências e acidentes) e predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, representando um dos grandes desafios a serem enfrentados, tanto no âmbito científico, como no das políticas públicas (BRASIL, 2011).

Com rápida transição demográfica no Brasil e com o aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional, houve também o crescimento da renda, na produção industrial, urbanização, acesso facilitado a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis, acabaram gerando modificações nos hábitos nutricionais, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas (DUNCAN et al., 2012).

Além dos danos que as DCNT provocam na sociedade, estimativas sugerem perda de produtividade no trabalho e perda na economia brasileira de aproximadamente US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Com isso, as DCNT são responsáveis pelo forte impacto socioeconômico na população; seus fatores de risco estão interferindo no alcance das chamadas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), as quais são metas que visam o aprimoramento de temas importantes como saúde, educação e principalmente combate à pobreza na sociedade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Casado et al (2009) afirma que essa transição epidemiológica tem se refletido na área de saúde pública e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNTs se tornou uma emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A vigilância epidemiológica (VE) das DCNTs deve reunir um conjunto de ações que possibilite conhecer sua distribuição, magnitude e tendência de exposição aos seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção e controle das mesmas, implementando assim políticas públicas voltadas para a promoção da saúde (CASADO et al., 2009).

Ducanet al. (2012) afirmam que os principais fatores de risco envolvidos, classificam-se em modificáveis ou não modificáveis. Dentre os fatores modificáveis, encontram-se a hipertensão arterial, a ingestão de bebidas alcoólicas em grandes

quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Enquanto que, os fatores não modificáveis, destacam-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco do desenvolvimento das DCNTs. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça.

Para Casado et al (2009) o conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNTs, principalmente os de natureza comportamental, isto é, os que podem ser modificados, é essencial por serem sinais de alerta para o crescimento da morbimortalidade relacionada a essas doenças. Os inquéritos de saúde de base populacional, principalmente os de alcance nacional, constituem o principal instrumento utilizado para conhecer a prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas. No Brasil, entretanto, a literatura na área de saúde pública ainda é escassa em textos sobre prevalência dos fatores de risco para as DCNTs.

O desafio provocado pelas DCNT foi mundialmente debatido em 2011, culminando em uma Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU) no mês de setembro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Por mais que várias iniciativas para a prevenção e o controle das DCNT tenham sido adotadas nas duas ou três últimas décadas, após a resolução da 53ª Assembléia Mundial da Saúde, o Brasil vem implementando progressivamente um plano de ação abrangente e um sistema de vigilância para DCNT e seus fatores de risco (DUNCAN et al., 2012).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 valoriza ações populacionais de Promoção da Saúde, frequentemente extrapolam o setor Saúde e trazem consigo ao menos duas grandes vantagens: pode reduzir a incidência das DCNT, o que é muito melhor do que combatê-las quando já instaladas; e há evidências contundentes de que tais ações sejam altamente custo-efetivas (BRASIL, 2011).

Ducanet al. (2011) afirmam que o combate ao fumo é um bem-sucedido exemplo de promoção da saúde no Brasil. Entre 1989 e 2009, as prevalências de fumo caíram de 35,0% para 17,0%, o que pode justificar as quedas marcantes na mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Ao ampliarem essas ações, o Plano visa alcançar em 2022, uma prevalência de fumo de apenas 10,0% (e quiçá de <5,0% em 2040).

Para Schmidt et al (2011) talvez o maior desafio para o sucesso do Plano de Ações Estratégicas, esteja no efetivo enfrentamento da crescente epidemia mundial de obesidade. Os dados mais recentes do Brasil são alarmantes: devido ao aumento progressivo do peso nas últimas três décadas, 48,0% das brasileiras e 50,0% dos brasileiros adultos se encontram, atualmente, com peso considerado excessivo.

Os mesmos autores concluem ainda, que diante do aumento da prevalência da obesidade e de patologias decorrentes da evolução social, como câncer e doenças cardiovasculares (que nos remete à complexidade da situação epidemiológica e nutricional pela qual passa o Brasil), são exigidas medidas para preveni-las e controlá-las.

A obesidade inclusive passou a se comportar como epidemia com tendência a pandemia, como resultado de mudanças sociais e culturais, nos padrões de alimentação e atividade física. As mudanças na alimentação se devem, entre outros motivos, pela oferta crescente de alimentos industrializados, redução do tamanho da família aumentando a disponibilidade de alimento, facilidade de acesso da população inclusive a de baixa renda a alimentos muito calóricos contendo altas concentrações de açúcares e gorduras (DUNCAN et al., 2012).

Portanto, estes quatro fatores de risco descritos (fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool) para o desenvolvimento de DCNT são comuns no Brasil. Com isso, programas para a prevenção e promoção à saúde são passos na direção correta para a diminuição da incidência das DCNT. O grande desafio é ampliar o leque dessas ações visando estender a promoção a toda população brasileira. Como a obesidade se transformou em uma doença social, a sociedade precisa ser “tratada” efetivamente. Portanto, espaços para a prática de exercícios físicos e alimentos saudáveis devem estar mais disponíveis a toda a população (BRASIL, 2011).

5 ALIMENTAÇÃO FORA DO DOMICÍLIO NO BRASIL

Como já foi relatado anteriormente, o consumo de alimentos fora do domicílio tem aumentado no Brasil, sendo quase um terço do gasto com alimentação feito fora do domicílio. Segundo estudos, as refeições fora de casa gastam 20% do orçamento do brasileiro, sendo que chega a quase 30% em famílias com

rendimentos mais elevados. Vale ressaltar que os *foodservice* vem aumentando no mercado, ou seja um crescimento médio anual de 10% (BANDONI et al., 2013).

Na pesquisa de Hoffman (2013) demonstra que o perfil do indivíduo que come fora do domicílio, possui maior renda per capita (45% maior) e escolaridade (8,8 anos), são mais jovens e têm maior ingestão calórica diária (2.063 kcal).

Segundo Canella et al. (2015) em relação a alimentação fora do domicílio, como restaurantes de comida rápida, geralmente a qualidade nutricional da refeição é ruim, contendo altas quantidades de açúcares e óleos e gorduras. Os mesmos autores ressaltam ainda que há uma associação direta entre o acesso aos restaurantes de comida rápida e a frequência na qual as pessoas comem nesses tipos de estabelecimentos.

‘Nos últimos anos, estudos nacionais e internacionais vêm explorando o impacto da disponibilidade de alimentos não apenas ao redor do domicílio, mas também, ainda que em menor grau, ao redor do local de trabalho e do caminho realizado entre o domicílio e trabalho. Desta maneira, as características apenas do ambiente alimentar do domicílio podem não refletir de forma adequada todos os alimentos aos quais as pessoas estão expostas, já que parte importante do consumo alimentar ocorre no local de trabalho ou estudo, ou mesmo no caminho realizado entre o domicílio e trabalho/estudo. Já existem evidências, por exemplo, da relação entre a disponibilidade de transporte público e o acesso a supermercados e hipermercados. Assim, faz-se necessário explorar outros componentes do ambiente que possam influenciar a disponibilidade de restaurantes, bares e lanchonetes e, conseqüentemente, o consumo alimentar fora do domicílio, como rede de transporte público, uma proxy importante da circulação de pessoas no local.’ (CANELLA et al., 2015, p. 115).

No Brasil, existem políticas públicas para serviços de alimentação, como o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), cujo objetivo é melhorar a nutrição dos trabalhadores. Ressalta-se também a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que dispõe em seus princípios uma política destinada a valorização da alimentação para além das condições biológicas e respeito a diversidade da cultura alimentar por intercessão de práticas que reconheçam e respeitem o papel da tradição e dos hábitos, resgatando práticas adormecidas e empenhando-se em difundir a percepção de comida e de comer (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, estudos vêm utilizando dados dietéticos populacionais, para analisar o estado nutricional da população e com isso, estabelecer diretrizes dietéticas e políticas governamentais de intervenção, além de contribuir com a pesquisa nutricional. Segundo Costa e Gigante (2013, p.02)

‘Na década de 1970, o Brasil realizou o mais amplo estudo nacional sobre consumo alimentar quando conduziu a pesquisa Estudo Nacional da

Despesa Familiar (Endef). Esse esforço não acompanhou a continuidade de avaliações periódicas do consumo alimentar. Assim, as edições das pesquisas de orçamentos familiares (POF, 1987/88, 1995/96, 2002/03) que se seguiram atrelavam informações indiretas do consumo obtendo informações sobre a aquisição de alimentos pelas famílias. Ressalta-se que as POFs dos anos 1980 e 1990 foram concebidas para atender, prioritariamente, a atualização das estruturas dos índices de preços ao consumidor. Nesse contexto histórico de evolução, em 2008-2009, quando da realização da quinta POF de abrangência nacional, foi incluída pela primeira vez a avaliação do consumo alimentar individual através do INA. O INA traz como avanço a obtenção de consumo direto, em casa e fora do domicílio, de adolescentes e adultos (moradores com idade igual ou superior a 10 anos). As cinco regiões do País (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e a situação do domicílio como urbano ou rural são consideradas na amostragem da POF. Os fatores de expansão da POF 2008-2009 e a complexidade do desenho da amostra realizada por conglomerados devem ser considerados nas análises.'

Na pesquisa de Bezerra et al. (2013), analisaram as características do consumo de alimentos fora do domicílio, com 34.003 indivíduos acima de dez anos de idade em 24% dos domicílios participantes da Pesquisa de Orçamentos Familiares em 2008-2009. Os autores verificaram que 40% dos entrevistados se alimentam fora domicílio, variando de 13% entre os idosos da região Sul a 51% entre os adolescentes da região Sudeste. Esse percentual diminuiu com a idade e aumentou com a renda em todas as regiões brasileiras; foi maior entre os homens e na área urbana. Os grupos de alimentos com maior percentual de consumo fora de casa foram bebidas alcoólicas, salgadinhos fritos e assados, pizza, refrigerantes e sanduíches. Os autores ressaltam ainda que os alimentos consumidos possuem alto conteúdo energético e pobre conteúdo nutricional.

Sicheri (2013) relata ainda que a alimentação do brasileiro possui alto teor de sal. Significa que o consumo de sódio está acima do nível seguro, sendo 89% entre os homens e de 70% entre as mulheres adultas. Os alimentos com a maior concentração de sódio são as carnes salgadas e as processadas (presuntos, salames, salsicha, mortadela etc.), os queijos e os biscoitos salgados. O mesmo autor cita também a alta ingestão de açúcares.

'Pelo lado doce, o Brasil é o segundo maior consumidor per capita de açúcar, e as bebidas adoçadas correspondem a quase metade do consumo total de açúcar. Refrigerantes e sucos adoçados estão presentes em quase todas as refeições e lanches realizados no Brasil. Cabe salientar que não há nenhuma necessidade de se beber líquidos quando nos alimentamos e que seu consumo casado - líquidos e sólidos - é, por um lado, uma estratégia de mercado e, por outro, uma necessidade biológica causada justamente pela alta concentração de sal ou de açúcar - ou os dois - nos alimentos processados. Nos países desenvolvidos, ações visando reduzir o consumo de refrigerantes, pelo menos entre os jovens, têm sido uma das principais estratégias para redução da obesidade. Por outro lado, as redes

de *fastfood* internacionais utilizam cada vez mais gigantescas porções de refrigerantes que, além do tamanho, são de consumo liberado (SICHERI, 2013, p. 02).’

No estudo de Levy et al. (2012), descreveram a distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil, a partir de dados secundários da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009, verificaram que o teor proteico da disponibilidade alimentar mostrou-se adequado em todos os estratos regionais e econômicos. Porém, observou-se excesso de açúcares livres e de gorduras em todas as regiões, especialmente nas regiões Sul e Sudeste. A proporção de gorduras saturadas foi elevada no meio urbano e consistente com a maior participação de produtos de origem animal. A presença insuficiente de frutas, legumes e verduras foram comuns em todas as regiões.

Portanto, segundo Souza et al. (2013) o brasileiro vem introduzindo na sua dieta, alimentos processados de alta densidade energética e bebidas com adição de açúcar. Nesse sentido, esse padrão de alimentação corrobora com altas taxas de obesos e de distúrbios metabólicos.

6 ALIMENTAÇÃO FORA DO DOMICILIO COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Conforme Gomes Jr. (2014), com a correria da vida social, o horário das refeições tradicionais, como o almoço, vem sendo convertido em tempo livre para as tarefas do cotidiano pessoal. Nesse sentido, o autor ressalta que “a alimentação perde o seu significado, tendendo a se tornar uma rotina desatenta que incorpora rapidez, modismos e tudo o que possa propiciar a sensação de satisfação, de saciar a fome”. Logo, a opção de almoçar em qualquer lugar, com comidas de rápida aquisição, passa a ser preferência do homem moderno.

Além disso, segundo Bezerra e Sichieri (2010, p. 228) o preço baixo dos alimentos “menos saudáveis” é um dos fatores para seu consumo, logo, “alimentos com alta densidade energética são os que possuem menores preços, enquanto alimentos de baixa densidade energética e alta densidade de nutrientes são os mais caros e os que mais variam de preço”.

Rezende e Avelar (2012) investigaram os fatores que influenciam o consumo de alimentos fora de casa no Brasil e observaram que a busca pela

variedade de alimentos apareceu como o principal motivador para comer fora de casa, bem como a conveniência.

Dewes, Spanhol e Araújo (2013) ressaltam ainda que a urbanização e a globalização possibilitaram modificações nos hábitos alimentares e que o aumento do número de mulheres que trabalham fora e o desenvolvimento das atividades de lazer alteraram a gestão do tempo empregada à alimentação, implicando procura de alimentos de fácil preparação e ganho de tempo, exercem influência na procura por alimentos prontos para serem consumidos.

Nesse sentido, a literatura foca que esse tipo de alimentação vem sendo associada como um fator para o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis, visto que os mesmos são reconhecidamente menos saudáveis que os alimentos consumidos no domicílio, por possuírem maior densidade energética, maior conteúdo de açúcar, sal e gordura, principalmente saturada; e são, em geral, pobres em fibras, cálcio e ferro (BEZERRA; SICHIERI, 2009).

Moreira et al. (2013) afirmam ainda que esse hábito tem sido frequentemente associado ao ganho excessivo de peso e assim é apontado como um dos fatores responsáveis pela epidemia de sobrepeso e obesidade em crianças e adultos, além do desenvolvimento de diversos agravos a saúde, como doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer.

Segundo o IBGE (2010) comparando os anos 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência de excesso de peso em adultos aumenta em quase três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e em quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48,0%). No mesmo período, a prevalência de obesidade aumenta em mais de quatro vezes para homens (de 2,8% para 12,4%) e em mais de duas vezes para as mulheres (de 8,0% para 16,9%).

Nesse sentido, conforme foi relatado anteriormente, o perfil do consumidor de alimentos fora de casa é de indivíduos com maior renda per capita, logo, maior é a despesa média com alimentação fora de casa e maior a incidência de excesso de peso e obesidade. Acredita-se então, que quanto maior as despesas com alimentação fora do domicílio, maior também a ocorrência de excesso de peso e obesidade (DEWES; SPANHOL; ARAÚJO, 2013).

Entretanto, Bezerra e Sichieri (2009) ressaltam que comer fora do domicílio está associada com sobrepeso / obesidade, porém mais para os homens,

pois a mulher possui preocupação com a saúde, portanto, segue hábitos alimentares adequados e escolhas alimentares saudáveis.

Nesse contexto, surge a importância de políticas de alimentação e nutrição, que estimulem o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, verduras e grãos integrais, e a manutenção do consumo de alimentos básicos tradicionais, como o arroz e o feijão, e, ao mesmo tempo, que incentivem a diminuição do consumo de alimentos processados ricos em sódio, gordura saturada e açúcar (SOUZA et al., 2013).

Sichieri (2013) afirma ainda que o desafio para as políticas de saúde pública em relação a uma alimentação saudável no Brasil ainda é um caminho grande, sendo que as ações do sistema de saúde em relação à temática são muito limitadas e quase não existe mobilização social em prol da alimentação saudável. Entretanto, o autor ressalta que devem ser feitas mudanças na forma de produção da indústria de alimentos, pois os mesmos são os principais focos do consumo excessivo de sódio. Cumpre lembrar a importância da educação em saúde para mudanças da percepção da população sobre os hábitos alimentares como principal fonte para mudança de hábitos alimentares.

A literatura relata ainda que os serviços de alimentação fora do domicílio podem auxiliar na prevenção e controle de doenças crônicas, ofertando nos seus estabelecimentos alimentos menos calóricos e mais frutas, legumes e verduras em seus cardápios, sendo que o profissional de nutrição é peça importante nessas mudanças, criando ambientes que estimulem escolhas saudáveis juntamente com a promoção e o auxílio de mensagens educativas (DEWES; SPANHOL; ARAÚJO, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos textos pesquisados, verificou-se que a globalização e aceleração da vida urbanizada, tem ocasionado o consumo de alimentos fora domicílio. Porém, estes alimentos são ricos em sódios e teor calóricos altos, no qual o seu consumo diário, pode provocar o desenvolvimento de doenças crônicas.

Diante do exposto, conclui-se que os comensais, ao procurem serviços alimentícios, dão preferência ao que está sendo servido e de rápida produção, não havendo grande preocupação na qualidade do que está sendo oferecido, uma vez

que não existe conscientização da importância da alimentação segura nutricionalmente. Desta forma, a criação de mais políticas de incentivo ao consumo de alimentos saudáveis e promoção de educação para população, são pontos necessários e importante para mudança dos hábitos alimentares da sociedade.

Finalmente, sugere a realização de outros estudos, particularmente com análises longitudinais, pois são necessários para explorar o consumo fora de casa como um fator de risco para as doenças crônicas, como a obesidade, especialmente porque este consumo vem só aumentando.

REFERÊNCIAS

ABRASEL. Associação Brasileira de bares e restaurantes. **Alto consumo com alimentação fora do lar beneficia franquias do setor.** 2015. Disponível em: <http://www.abrasel.com.br/component/content/article/7-noticias/3592-26062015-alto-consumo-com-alimentacao-fora-do-lar-beneficia-franquias-do-setor.html> Acesso em: 28 abril de 2016.

ABIA. Associação Brasileira das Industrias de Alimentação. **Alimentação em bares e restaurantes cresce no Brasil.** 2015. Disponível em: <http://www.abia.org.br/vsn/tmp_2.aspx?id=182> Acesso em: 01 maio 2016.

BANDONI, Daniel Henrique et al .Eating out or in from home: analyzing the quality of meal according eating locations. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 26, n. 6, p. 625-632, Dec. 2013.

BEZERRA, I. N, SICHIERI, R. Eating out of home and obesity: a Brazilian nationwide survey. **Public Health Nutrition**, v.12, n. 11, p. 2037-2043, 2009.

BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de doenças crônicas não-transmissíveis:** Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição,** 2012 (Pnan). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014** : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BEZERRA, Ilana Nogueira et al . Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, supl. 1, p. 200s-211s, feb. 2013 .

BEZERRA, I. N, SICHIERI, R. Eating out of home and obesity: a Brazilian nationwide survey. **Public Health Nutrition**, v.12, n. 11, p. 2037-2043, 2009.

BANDONI, Daniel Henrique et al. Eating out or in from home: analyzing the quality of meal according eating locations. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 6, p. 625-632, 2013.

CANELLA, Daniela Silva et al. A circulação de pessoas influencia a disponibilidade de restaurantes, bares e lanchonetes? Um estudo no município de São Paulo. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 1, p. 109-118, 2015.

CASADO, L.; VIANNA, L.M.; THULER, L.C.S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v.55, n.4, p: 379-388, 2009.

CASTRO, J A. **Metodología de la investigación**. Salamanca: Amarú, 2001.

CESSE, E.A.P. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

COSTA, Teresa Helena Macedo da; GIGANTE, Denise Petrucci. Fatos e perspectivas do primeiro Inquérito Nacional de Alimentação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, supl. 1, p. 166s-170s, Feb. 2013 .

DEWES, Homero; SPANHOL, Caroline Pauletto; ARAÚJO, Elton Gean. Renda e Despesa com Alimentação fora do Domicílio na Prevalência da Obesidade no Brasil. **Desafio Online**, v. 2, n. 1, p. 44-61, 2013.

DUNCAN, B.B et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**; v.46(Supl):126-34, 2012.

GOMES, Newton Narciso. Aspectos da insegurança alimentar no Brasil de hoje: notas para discussão. **Argumentum**, v. 6, n. 2, p. 247-258, 2014.

HOFFMANN, Rodolfo. Comparando a alimentação dentro e fora do domicílio, no Brasil, em 2008-2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares – Despesas, Rendimentos e Condições de Vida**, 2010. Disponível

em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao>. Acesso em: 01 maio 2016.

LEVY, Renata Bertazziet al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **RevSaude Publica**, v. 46, n. 1, p. 6-15, 2012.

MOREIRA, N. W. R. et al. Consumo alimentar, estado nutricional e risco de doença cardiovascular em universitários iniciantes e formandos de um curso de nutrição, Viçosa-MG. **Rev. APS. Viçosa**, v. 16, n. 3, p. 242-249, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf> Acesso em: 14 abr. 2016.

REZENDE, D.C., AVELAR, A.E.S. Factors that influence the consumption of food outside the home in Brazil. **International Journal of Consumer Studies**, v.36, p.300-306, 2012.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica**: guia para eficiência nos estudos. São Paulo: Atlas, 2007.

SICHERI, Rosely. Consumo alimentar no Brasil e o desafio da alimentação saudável. **ComCiência**, Campinas, n. 145, fev. 2013 .

SCHMIDT, M.I et. al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**; v.377, n.9781, p:1949-1961, 2011.

SOUZA, Amanda et al. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 190-199, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The innovative care for chronic conditions framework** (ICCC), 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ICCC/>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ANEXO A – NORMA DA REVISTA

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO

Diretrizes para Autores

Agradecemos pela escolha de publicar seu trabalho em nossa revista.

A RASBRAN é a revista da Associação Brasileira de Nutrição que divulga e incentiva o desenvolvimento da ciência e pesquisa nutricional em diversas áreas. Conta com renomado corpo editorial, professores-pesquisadores, de diferentes instituições de ensino superior de nosso país. Trata-se de uma publicação semestral.

Em 2013, a RASBRAN passou à versão eletrônica, utilizando Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), versão traduzida e customizada pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBCT), a partir da plataforma Open Journal System (OJS) desenvolvida e mantida pela Public Knowledge Project (PKP). Esta plataforma atende aos requisitos técnicos recomendados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e propicia a adoção de padrões editoriais internacionais para periódicos online 100% eletrônicos.

A RASBRAN somente aceita submissões online. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Os artigos devem ser originais, relatos de caso, revisões sistemáticas e narrativas não sendo aceita submissão simultânea a outras publicações.

A Rasbran não cobra dos autores qualquer tipo de taxa ou contribuição financeira para a publicação de artigos, resenhas ou qualquer outro texto publicado.

A Rasbran não se responsabiliza ou endossa as opiniões emitidas pelos autores dos artigos, salientando que as opiniões são de sua exclusiva responsabilidade.

Ao encaminhar os originais, os autores cedem os direitos de primeira publicação para a Revista da Associação Brasileira de Nutrição e aceitam que seu trabalho seja publicado de acordo com nossa Declaração de Direito Autoral.

As submissões devem ser preparadas de acordo com as normas constantes no modelo para a formatação das submissões, que pode ser encontrado em Diretrizes. Estas normas também estão apresentadas abaixo.

Ética e legalidade

A RASBRAN exige o registro de ensaios clínicos para sua publicação. Ensaios clínicos feitos no Brasil devem ser registrados no SISNEP – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (<http://portal.saude.gov.br/sisnep/>). Ensaios clínicos realizados em outros países podem ser registrados em diversas instituições, como o website <http://www.clinicaltrials.gov/> e outras.

Artigos envolvendo ensaios clínicos devem ser enviados acompanhados do número do registro e da Comissão de Ética Institucional onde foi aprovado. Não serão aceitos estudos realizados ilegalmente.

Pesquisas com animais devem seguir as determinações do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) - www.cobea.org.br. A adesão a esses princípios deve constar no artigo.

Autores estrangeiros de artigos envolvendo pesquisas em humanos ou animais devem consultar a legislação de seu país e citar no artigo a adequação às normas e princípios éticos aplicáveis, bem como a fonte desses. Recomenda-se adequação à Declaração de Helsinque (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) e/ou às regras

previstas pelo OLAW – EUA (Office of Laboratory Animal Welfare - <http://grants.nih.gov/grants/olaw/olaw.htm>).

O periódico RASBRAN segue o padrão estabelecido pelo ICMJE (International Committee of Medical Journal editors). Para mais informações úteis à boa preparação de um artigo, leia o documento “Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals”, na íntegra no site www.icmje.org. As principais diretrizes do documento original estão contidas neste manual.

Para artigos sobre estudos clínicos, sugerimos seguir as diretrizes estabelecidas pelo CONSORT (www.consort-statement.org). O CONSORT estabelece uma lista de checagem de itens, que facilita aos autores verificar se seu estudo está sendo feito e relatado de forma clara, precisa, ética e cientificamente válida.

O nome dos autores deve ser omitido no corpo de texto. Para garantir que seu artigo seja revisado às cegas, não inclua em sua redação seu nome ou qualquer outra menção que possa identificá-lo como autor.

Estrutura do artigo

1. Título
2. Autor (es)
3. Resumo e Palavras-chave (português)
4. Abstract e Keywords
5. Manuscrito
6. Referências

Título

O título do artigo deverá ser apresentado em português. Na linha seguinte coloque o título em inglês

Autor(es)

O(s) nome(s) do(s) autor(es), bem como os seus dados, deve(m) ser cadastrado(s) durante o processo de submissão do artigo no portal da revista. Se o artigo possuir mais de um autor, clicar em INCLUIR AUTOR e preencher os campos.

O(s) nome(s) do(s) autor(es) deve(m) ser omitido(s) no corpo de texto. Para garantir que seu artigo seja revisado às cegas, não inclua em sua redação seu nome, instituição ou qualquer outra menção que possa identificá-lo como autor.

Resumo (Português e Inglês)

O resumo deve ser estruturado (Objetivo, Método, Resultados e Conclusão), com no mínimo 150 e no máximo 250 palavras.

Palavras-chave/Keywords

As palavras-chave, que definem o tema do estudo, devem vir após o resumo, incluindo no mínimo 3 e no máximo 6 termos de indexação, sempre no idioma da publicação e em inglês. Consultar os descritores em Ciências da Saúde nos endereços eletrônicos: <http://decs.bvs.br> ou www.nlm.nih.gov/mesh.

As palavras-chave e keywords deverão ser colocadas do lado esquerdo do resumo e abstract respectivamente.

Manuscritos

Os manuscritos devem ser divididos em Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão, não ultrapassar a 25 páginas.

Referências

As referências devem seguir o estilo Vancouver. Os periódicos devem ser abreviados segundo a “Lista de revistas indexadas no MEDLINE” (<http://nlm.gov/tsd/serials/lji.html>).

A seguir seguem exemplos de como as referências devem ser listadas:

* Artigos

Baladia E, Basulto J. Sistema de clasificación de los estudios en función de la evidencia científica. *Dietética y nutrición aplicada basadas en la evidencia (DNABE): una herramienta para el dietista-nutricionista del futuro*. *Act Diet*. 2008;12(1):11-9.

Machado WM, Capelar SM. Avaliação da eficácia e do grau de adesão ao uso prolongado de fibra dietética no tratamento da constipação intestinal funcional. *Rev. Nutr.* 2010;23(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-5273201000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

* Referenciando livros e teses:

Gil A. *Tratado de Nutrición*. 2a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.

Silva CLM. *Características do suporte nutricional como preditores de sobrevida em pacientes graves*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – CLINEX, 2008.

* Referenciando websites:

Estimativa da Incidência de câncer em 2008 no Brasil e nas cinco regiões (Estimates of cancer incidence in Brazil and the five regions) [Internet]. Rio de Janeiro: INCA – Instituto Nacional do Cancer; c1996-2007 [cited 2007 dec]. Available from http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793/.

Leuck I. *Sudorese Excessiva (Hiperidrose)* [Internet]. [Local não informado: publicador não informado]; c2001-2007 [atualizado 30 nov2006; citado 1 dez 2007]. Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?518>

Deve-se utilizar o padrão convencionado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA. Para outros tipos de citação, consulte <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=citmed>.

Figuras, tabelas e quadros

As figuras, tabelas e quadros devem receber numeração sequencial, seguindo a ordem de citação.

Agradecimento

O agradecimento às contribuições ou apoios recebidos no desenvolvimento do artigo deve ser acrescentado ao final do texto principal, antes da seção “Referências”, sob o título “Agradecimento” (no singular).

Submissão dos Trabalhos

A revista é aberta à submissão de pesquisadores e profissionais no Brasil e no exterior, cujos trabalhos podem ser submetidos no idioma português, inglês ou espanhol.

Possíveis conflitos de interesse devem ser informados durante o preenchimento do impresso disponibilizado. Uma vez que o artigo seja aceito para publicação, o(s) autor (es) deve(m) imprimir e assinar os termos de cessão de direitos autorais e de responsabilidade, disponível no sistema da revista, enviando-os pelo correio para o endereço indicado.

O(s) autor(es) é(são) responsável(eis) pelo conteúdo do texto e imagens e deve(m) informar a não publicação anteriormente em outra revista científica no país e no exterior. Ao inserir figuras, tabelas e quadros compilados da internet, os mesmos deverão ser acompanhados de permissão escrita ou comprovação de que se trata de portal de livre acesso.

Os artigos devem ser enviados para a Revista da Associação Brasileira de Nutrição – RASBRAN eletronicamente, pelo portal no endereço <http://www.rasbran.com.br>. Siga essas instruções:

1. Caso não possua cadastro, preencha corretamente o formulário para inclusão como autor;

2. Selecione o tipo de contribuição que deseja nos enviar e preencha o formulário com as informações solicitadas. Caso alguma informação esteja incompleta, nosso sistema não permitirá continuar o preenchimento;

3. Após a conclusão do envio das informações o usuário cadastrado receberá um e-mail confirmando o recebimento. Caso não o receba, entre em contato com a Secretaria da Revista por meio do e-mail rasbran@asbran.org.br.

Processo de seleção

Todo o processo de seleção dos artigos é realizado dentro do sistema da revista. Todos os artigos submetidos são previamente revisados pelo editor científico. Quando aprovados, são revistos por pares (peer review). Os pareceristas são membros do Conselho Editorial.

Dúvidas podem ser sanadas com o editor pelo e-mail rasbran@asbran.org.br

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

3. O autor é responsável pelo trabalho e responde pela co-autoria incluída no trabalho. Os co-autores devem ser inseridos nos meta dados do trabalho no processo de submissão.

4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

5. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.