



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

**NEUALY TÂMARA VASCONCELOS FONTES**

**PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM  
ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES  
- CAMPUS DE CUITÉ - PB**

**CUITÉ - PB  
2018**

**NEUALY TÂMARA VASCONCELOS FONTES**

**PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM  
ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES  
- CAMPUS DE CUITÉ - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, *Campus* Cuité, como requisito indispensável para a obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Emília da Silva Menezes.

**CUITÉ - PB  
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

F682p

Fontes, Neualy Tâmara Vasconcelos.

Prevalência de ortorexia nervosa em estudantes de cursos da área de saúde da Universidade Federal de Campina Grande - CES - Campus de Cuité - PB. / Neualy Tâmara Vasconcelos Fontes. – Cuité: CES, 2018.

61 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes.

1. Ortorexia Nervosa. 2. Comportamento Alimentar. 3. Transtornos Alimentares. 4. Nutrologia. I. Título.

Biblioteca do CES – UFCG

CDU 616.39

**NEUALY TÂMARA VASCONCELOS FONTES**

**PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS  
DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
- CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, *Campus* Cuité, como requisito indispensável para a obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Emília da Silva Menezes.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Emília da Silva Menezes.  
(Orientadora) - UFCG

---

Prof<sup>º</sup>. Dr. Wellington Sabino Adriano  
(Examinador 1) – UFCG  
Suplente: Prof. Dr. Renner de Souza Leite

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francinalva Dantas Medeiros  
(Examinadora 2)- UFCG  
Suplente: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Camila Albuquerque Montenegro

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela dádiva da vida, por toda força e sabedoria, e por estar sempre comigo, me ajudando e nunca permitindo que eu desistisse.

À minha mãe Tereza Neumann por ser exemplo de mulher guerreira e batalhadora, que é fundamental em todas as minhas conquistas, com todos os conselhos, carinho, companheirismo, força e sua fé inabalável.

À meu amado filho Lucca, motivo de toda a minha luta e motivação, aquele por quem eu batalho incansavelmente.

Aos meus amigos e familiares, por estarem sempre ao meu lado, me dando carinho e ajudando em todos os momentos.

Às alunas participantes por tornarem possível a realização desta pesquisa.

Aos meus amigos queridos que me auxiliaram nessa caminhada, principalmente Thiago, Júnior, Mikaelly, Talyta, Gessyca e Yamma pela grande colaboração na aplicação dos questionários e pelo apoio nos momentos difíceis.

À professora Dra. Maria Emília, a quem eu tenho um carinho enorme, pois me acompanhou em toda vida acadêmica e nunca duvidou da minha capacidade, agradeço por confiar em mim, me ajudar com tanto carinho, por tanta paciência e humanidade, não tenho palavras para descrever o quanto sou grata.

Por fim, gratidão universo, por todas as experiências, ensinamentos e dificuldades que encontrei nesse percurso!

Meu Jesus crucificado filho da virgem  
Maria nos guarde por essa noite e  
amanhã por todo o dia. Que o meu  
corpo não seja preso, nem meu sangue  
derramado. Que minha alma não se  
perca, meu Jesus crucificado.

*In memoriam*, Maria da Conceição e  
Ilmar Porto.

## RESUMO

A ortorexia nervosa é um comportamento obsessivo-patológico relacionado à uma obsessão por saúde alimentar. Esse quadro clínico ainda não foi oficialmente reconhecido como transtorno alimentar, não estando presente no DSM-V. Os indivíduos com ortorexia nervosa apresentam fixação por alimentos saudáveis, dito por eles como “puros”, e dedicam-se muito tempo para a elaboração e preparação dessas refeições. Essa preocupação exagerada com a alimentação faz com que os indivíduos excluam do cardápio: lactose, glúten, corantes, conservantes, sal, açúcar e gordura, pois são vistos como prejudiciais à saúde. Porém, a exclusão de tantos alimentos favorece carências nutricionais que, por sua vez, podem contribuir para o surgimento de várias enfermidades associadas à deficiência de micronutrientes, por exemplo anemia, hipovitaminose e osteoporose. O objetivo do projeto foi avaliar o comportamento de risco para desenvolvimento de ortorexia nervosa em estudantes da Área de Saúde (Enfermagem, Farmácia e Nutrição) do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB. Tratou-se de uma pesquisa de campo qualitativo/quantitativo de caráter descritivo e transversal. O instrumento de pesquisa utilizado para avaliar o comportamento de risco para desenvolver a ortorexia nervosa foi o questionário Orto-15. Os questionários foram numerados, e em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa *Microsoft Access* versão 2010. Para a validação dos dados foi utilizado o Programa *Epi Info*, versão 6.02. Após a digitação, o banco de dados foi transferido para o Programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows* versão 13.0 para a análise estatística dos dados. Como resultados, obtivemos que, 34% das alunas apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa, enquanto 66% não apresentaram. Foram utilizados como parâmetros: curso, idade, peso, estado civil e IMC para análise de risco para ortorexia, onde todos mostraram participantes com comportamento de risco. O percentual de resultados sugestivos para ortorexia nervosa entre as alunas sugere a necessidade de realização de novos estudos, a fim de verificar as divergências de alguns dos resultados encontrados com os da literatura, como a questão do estado civil, idade e IMC. Diante disso, é importante a realização de pesquisas populacionais, com amostragens maiores e mais representativas.

**Palavras-chave:** Ortorexia Nervosa. Comportamento Alimentar. Transtornos Alimentares. Nutrologia.

## ABSTRACT

Orthorexia nervosa is an obsessive-pathological behavior related to an obsession with food health. This clinical picture has not yet been officially recognized as an eating disorder and is not present in DSM-V. Individuals with orthorexia nervosa are fixated by healthy foods, which they call "pure", and they devote a lot of time to the preparation and preparation of these meals. This exaggerated preoccupation with food causes individuals to exclude from the menu: lactose, gluten, dyes, preservatives, salt, sugar and fat, as they are seen as harmful to health. However, the exclusion of so many foods favors nutritional deficiencies which, in turn, can contribute to the emergence of various diseases associated with micronutrient deficiency, for example anemia, hypovitaminosis and osteoporosis. The objective of the project was to evaluate the risk behavior for the development of orthorexia nervosa in the Health Education and Nursing Center (CES) of the Federal University of Campina Grande - Campus de Cuité - PB. It was a qualitative / quantitative field research of descriptive and transversal character. The Orto-15 questionnaire was the research instrument used to evaluate the risk behavior to develop orthorexia nervosa. The questionnaires were numbered and then transposed to a digital platform using the features of the Microsoft Access version 2010 program. For the validation of the typing, the Epi Info program version 6.02 was used. After typing, the database was transferred to the Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows version 13.0 for statistical analysis of the data. As results, we found that 34% of the students presented risk behavior for the development of orthorexia nervosa, while 66% did not present. They were used as parameters; age, weight, marital status and BMI for risk analysis for orthorexia, where all participants showed risk behavior. The percentage of suggestive results for orthorexia nervosa among the girls suggests the need for new studies to verify the divergences of some of the findings found in the literature, such as the question of marital status, age and BMI. Therefore, it is important to carry out population surveys, with larger and more representative sampling

**Key words:** Ortorexia Nervosa. Eating Behavior. Eating Disorders. Nutrology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Classificação da obesidade de acordo com a localização da massa adiposa no corpo.....	17
Figura 2: Componentes envolvidos com os transtornos alimentares.....	21
Figura 3: Mudanças das secreções endócrinas encontradas na SCN.....	24
Figura 4: Foto da fachada da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité/PB.....	32

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios de diagnóstico propostos para a SCN.....	25
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação de peso pelo IMC .....	16
Tabela 2: Distribuição das alunas de acordo com o comportamento de risco para ON .....	35
Tabela 3: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com a faixa etária .....	37
Tabela 4: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o curso .....	38
Tabela 5: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o estado civil .....	39
Tabela 6: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o estado nutricional .....	41

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Código Internacional de Doenças

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HDL - (High Density Lipoproteins) Lipoproteína de Alta Densidade

IMC - Índice de Massa Corpórea

OMS - Organização Mundial da Saúde

ON – Ortorexia Nervosa

SCN - Síndrome do Comer Noturno

SSPS - Statistical Package for the Social Sciences

TA - Transtorno Alimentar

TCAP - Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>16</b>
3.1 OBESIDADE E SUAS COMPLICAÇÕES.....	16
3.2 O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SUAS ALTERAÇÕES.....	19
3.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	20
<b>3.3.1 Anorexia nervosa.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3.2 Bulimia nervosa.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3.3 Transtorno da compulsão alimentar periódica.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3.4 Síndrome do comer noturno.....</b>	<b>23</b>
3.4 ORTOREXIA NERVOSA.....	26
<b>3.4.1 Definição.....</b>	<b>26</b>
<b>3.4.2 Características gerais.....</b>	<b>27</b>
<b>3.4.3 Diagnóstico.....</b>	<b>29</b>
<b>3.4.4 Grupos de risco.....</b>	<b>29</b>
<b>3.4.5 Sintomas.....</b>	<b>30</b>
<b>3.4.6 Consequências no estado nutricional.....</b>	<b>30</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	32
4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA.....	32
<b>4.3.1 Critérios de inclusão.....</b>	<b>33</b>
<b>4.3.2 Critérios de exclusão.....</b>	<b>33</b>
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADO.....	34
<b>4.5.1 Dados sociodemográficos e clínicos.....</b>	<b>34</b>
<b>4.5.2 Avaliação de comportamento alimentar disfuncional.....</b>	<b>34</b>
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>APENDICES E ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem sido considerada uma doença de proporções epidêmicas. Sua prevalência atinge indivíduos de diferentes níveis socioeconômicos, em todas as fases da vida, sendo precocemente desenvolvida na infância e na adolescência decorrentes do estilo de vida moderno (DÂMASO, 2009).

Estudos têm mostrado uma associação significativa entre obesidade e outras patologias, como doença cardiovascular, esteatose hepática não alcoólica, síndrome metabólica, alguns tipos de câncer, diabetes mellitus tipo 2, dentre outras. Todas estas condições têm impactos negativos sobre a qualidade de vida e expectativa de vida dos indivíduos (CARVALHO; FERREIRA et al., 2012).

A obesidade não deve ser classificada como transtorno alimentar, porém, alguns autores a incluem didaticamente nesta categoria devido seus aspectos de funcionamento ser semelhantes aos demais transtornos (Comportamento Alimentar), isto se dá pelo fato de caracterizar-se por perturbações no comportamento alimentar, apresentando síndrome psicológica associada (VASQUES; MARTINS; AZEVEDO, 2004).

O comportamento alimentar pode ser influenciado por diversos fatores, como idade, sexo, hábitos familiares, clima, aspectos culturais e sociais (LAI et al., 2013). Além disso, a prática esportiva e exposições repetidas a ideais de beleza, através da mídia, exercem grande influência sobre o mesmo (MUNSCH, 2014).

O medo, aversão ou preconceito contra pessoas gordas pode ser chamado de “lipofobia” (MATTOS; LUZ, 2009). Uma consequência da “lipofobia” é a divulgação maciça, pelos meios de comunicação, de informações sobre alimentação saudável e sobre riscos à saúde que certos alimentos representam, as pessoas têm alterado seu comportamento nas refeições, optando muitas vezes pela adoção de dietas restritivas (PONTES et al., 2014).

Alguns fatores que influenciam o comportamento alimentar podem levar a alterações nos padrões do mesmo, causando o que se conhece como “transtornos alimentares”. Esses transtornos são distúrbios psiquiátricos considerados importantes problemas de saúde (MARTINS et al., 2011), sendo atualmente classificados como Síndrome do Comer Noturno (SCN), Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) (DSM- 5, 2013).

Mais recentemente, um novo transtorno tem sido estudado, a Ortorexia Nervosa (ON) (BEHAR; MOLINARI, 2010; GARCÍA et al., 2012).

O termo ortorexia foi usado pela primeira vez em 1997 pelo pesquisador Steven Bratman, para descrever uma obsessão por uma alimentação saudável (BRATMAN,1997), caracterizada por uma excessiva preocupação com a saúde e alimentos. Já Donini et al. (2005), definem ortorexia como uma atitude com características de personalidade obsessivo-compulsivo, sendo o indivíduo um "fanático" por hábitos alimentares saudáveis.

A identificação desses transtornos precocemente é o primeiro passo para o tratamento. Terapia e trabalho em equipe multidisciplinar, muitas vezes, uso de psicofármacos são algumas das opções de tratamento para esses distúrbios alimentares (GORACCI et al., 2015).

Como o comportamento é novo, não há muitos estudos e, no Brasil, inexistem instrumentos claros para pesquisas. Por esse motivo, não foram realizados estudos sobre a prevalência desse comportamento na população brasileira até o momento.

Estudos publicados sugerem que o teste ORTO-15 se encontra em processo de validação, pretende-se ainda contribuir com a validação deste questionário para utilização na população brasileira, através de sua aplicação em um novo universo amostral, sendo este, alunas matriculadas na Área de Saúde (Farmácia, Nutrição e Enfermagem) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o comportamento de risco para desenvolvimento de Ortorexia Nervosa em estudantes do sexo feminino da Área de Saúde (Farmácia, Nutrição e Enfermagem) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e quantificar a ON em estudantes do sexo feminino da Área de Saúde (Farmácia, Nutrição e Enfermagem) do Centro de Ciência e Educação (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB;
- Avaliar a associação da ON com o índice de massa corpórea (IMC);
- Avaliar a associação da ON com a idade;
- Avaliar a associação da ON com o curso;
- Contribuir com a validação do questionário;
- Informar a população os riscos da Ortorexia Nervosa, já que a maioria da população desconhece completamente a doença e os efeitos que ela pode causar a saúde.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 OBESIDADE E SUAS COMPLICAÇÕES

A obesidade configura-se como um dos mais sérios problemas de saúde mundial, sendo considerada uma doença epidêmica, crônica, multifatorial, de alto risco e que afeta milhões de pessoas, sem respeitar fronteiras, idade, sexo, raça ou condição financeira. Seu desenvolvimento constitui fator de risco para patologias graves tais como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão e problemas respiratórios; podendo ocasionar, ainda, depressão e isolamento social, o que pode levar a prejuízos na qualidade de vida das pessoas (ADES; KERBAUY, 2002).

A obesidade não é considerada uma doença psiquiátrica nem uma condição para um diagnóstico de transtorno alimentar, trata-se de uma condição física que advém de múltiplas causas e pode trazer variadas consequências (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Pode-se definir a obesidade como o acúmulo de tecido gorduroso localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio nutricional associado ou não a distúrbios genéticos e/ou endócrinos metabólicos (ABESO, 2009). Assim é considerado obeso o indivíduo que possui um Índice de Massa Corporal (IMC), definido como peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros,  $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$  (BOMBAK, 2014).

Na tabela 1 encontra-se a classificação de peso pelo IMC adaptada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual se baseia em padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus.

**Tabela 1: Classificação de peso pelo IMC.**

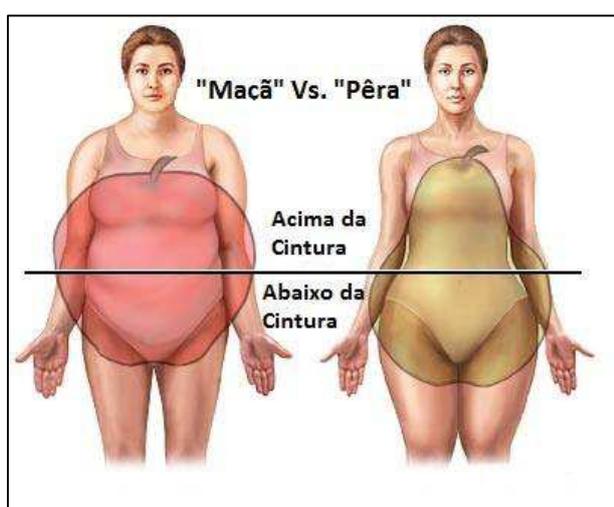
Classificação	IMC ( $\text{kg/m}^2$ )	Riscos de Comorbidades
Baixo peso	$< 18,5$	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	$\geq 25$	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	$\geq 40,0$	Muito grave

Fonte: Adaptada de ABESO, 2009.

Segundo a *American College of Physicians* (2013), um parâmetro de grande importância a ser avaliada nesses indivíduos é a circunferência abdominal, pois este parâmetro fornece informações sobre a adiposidade, além da fornecida pelo IMC. A adiposidade visceral eleva o risco para desenvolvimento das doenças relacionadas à obesidade. Os valores para a circunferência da cintura  $\geq 88$  cm para mulheres e  $\geq 102$  cm para os homens são considerados elevados, podendo-se prever, com maior poder, o risco para doença cardiovascular do que a obesidade indicada pelo IMC.

Pode-se classificar a obesidade de acordo com a localização da massa adiposa no corpo (Figura 1). O excesso de gordura pode estar mais concentrado na região abdominal ou no tronco, o que define obesidade tipo androide ou intra-abdominal (tipo maçã), a qual afeta frequentemente os homens. Contudo, este acúmulo de gordura pode estar predominantemente localizado na periferia ocorrendo abaixo da cintura, na região gluteofemoral, sendo esta, definida como tipo ginóide, subcutânea ou gluteofemoral (tipo pera), surgindo com maior frequência nas mulheres. Destas duas classificações a que apresenta maiores riscos de desenvolver complicações cardiovasculares e metabólicas é a androide, uma vez que acúmulo ocorre ao redor das vísceras. Já a ginóide, apresenta-se com doenças associadas a complicações vasculares periféricas e problemas ortopédicos e estéticos (CINTRA; ROPELLE; PAULI, 2011; SILVA, 2012).

**Figura 1: Classificação da obesidade de acordo com a localização da massa adiposa no corpo.**



Fonte: Adaptada de <http://www.walgreens.com>, 2016.

Desta forma, segundo a *American College of Physicians* (2013), sendo a obesidade um problema de saúde pública, esta é acompanhada de outras patologias, tais como:

- Alterações Metabólicas:
  - Endócrinas: pré-diabetes e diabetes tipo 2, dislipidemia (baixa nos níveis de HDL e alta dos níveis de triglicérides);
  - Cardiovascular: hipertensão arterial, doença arterio-coronariana, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial, estase venosa, doença venosa tromboembólica (embolia pulmonar);
  - Câncer: vários tipos – colorretal, de mama e na pós-menopausa, endometrial;
  - Gastrointestinal: doença gastresofágica do refluxo, gastrite erosiva, colelitíase, esteatose hepática não alcoólica;
  - Renal: nefro litíase, proteinúria, doença renal crônica;
  - Geniturinário: nas mulheres: síndrome do ovário policístico, infertilidade, complicações na gravidez e nos homens: hipertrofia prostática benigna, disfunção erétil;
  - Neurológico: enxaqueca, pseudotumor cerebral;
  - Infecções: maior severidade de gripe com obesidade mórbida, infecções da pele e tecidos moles.
  
- Alterações Mecânicas:
  - Pulmonar: apneia do sono, doença pulmonar restritiva.
  
- Alterações Musculoesqueléticas:
  - Artrite, dor nas costas.
  
- Alterações Psicossociais:
  - Depressão, ansiedade e estigma social.

Assim, a obesidade deve ser prevenida e corrigida, visando inibir os efeitos negativos sobre a saúde e a qualidade de vida que esta promove nas pessoas. Sendo a obesidade uma doença com várias causas, consequências e tratamentos, uma das principais estratégias de combate à obesidade está em sua prevenção e detecção precoce, permitindo que se consiga com mais facilidade propor e implementar as mudanças de comportamento alimentar indispensáveis ao seu tratamento (NUNES; GUIMARÃES, 2009).

### 3.2 O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SUAS ALTERAÇÕES

O comportamento alimentar é coordenado pela atividade do sistema nervoso periférico e central, sendo associado com a sensação de fome e saciedade, os estados motivacionais e a necessidade de ingestão calórica. Diversos fatores de risco estão associados à ingestão de alimentos, fato este que pode desencadear diversas doenças (cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, dentre outras). Desta forma, os agravos nutricionais decorrentes do comportamento alimentar representam um grande desafio para a saúde pública na atualidade (NUNES; GUIMARÃES, 2009).

Quaioti e Almeida (2006) propõem a descrição dos determinantes do comportamento alimentar considerando os períodos do desenvolvimento humano:

- Escolares: é a partir deste momento que os pais começam a exercer menor controle sobre a alimentação dos filhos, pois estes crescem e começam a ter suas próprias preferências, passando a selecionar os alimentos que desejam ingerir, influenciados muitas vezes pela mídia e/ou pelas interações psicossociais na escola.
- Adolescência: fase em que se observa uma drástica diminuição da atividade física em função do maior tempo dedicado a atividades sedentárias como o uso de videogame e computador, sofrendo este indivíduo maior influência das práticas alimentares do grupo social em que está inserido e o hábito de suprimir algumas refeições ou trocá-las por lanches ricos em gordura e com elevados teores calóricos.
- Adultos: o aumento considerável do consumo de refeições rápidas motivadas pela comodidade e praticidade na aquisição e preparo destes alimentos pode ser considerado o maior problema relacionado ao comportamento alimentar do

adulto, aliando a isso o sedentarismo e o estresse da vida cotidiana, promovendo uma ampliação significativa das possibilidades de surgimento de diversas doenças crônicas, desde a obesidade até o câncer.

Segundo Apolinário e Claudino (2000), várias alterações do apetite e perturbações da imagem corporal podem surgir ainda na infância em crianças com idade escolar, embora os quadros mais típicos de transtornos alimentares (TA) se apresentem em uma pequena parcela desta população.

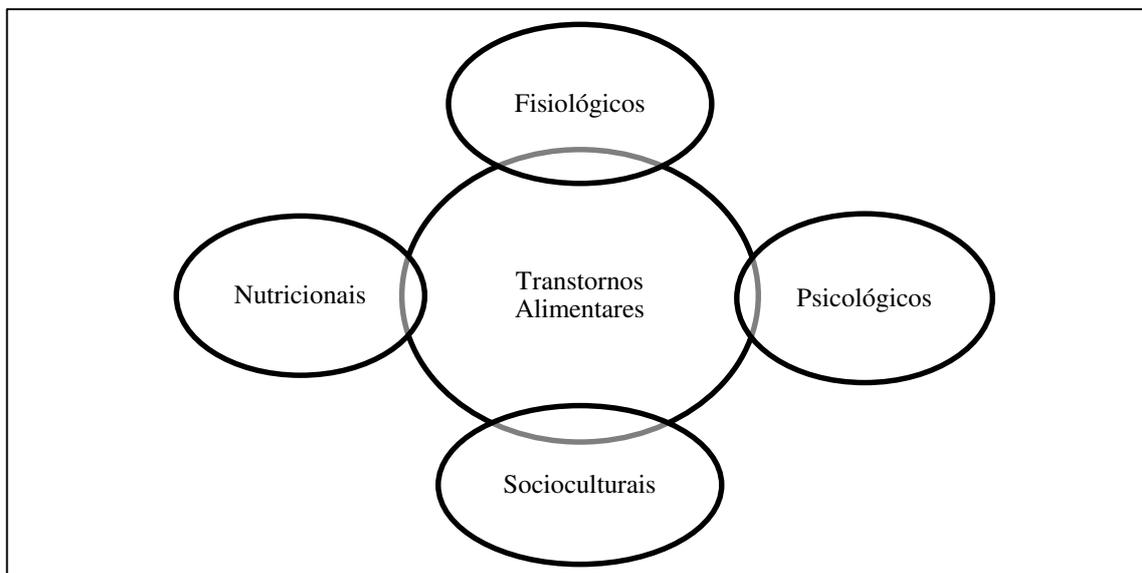
Já na adolescência, observa-se um aspecto agravante e bastante peculiar, que é a tendência a viver o momento, não dando importância às consequências das práticas alimentares que podem ser fatores de risco para doenças crônicas e obesidade na vida adulta (NUNES; GUIMARÃES, 2009).

Com todas estas alterações nos hábitos alimentares observa-se o aumento no número de adultos jovens obesos, problema relacionado com diversos fatores psicológicos, dentre os quais se destacam: a depressão, a baixa autoestima, a ansiedade generalizada e as dificuldades nos relacionamentos sócio afetivos (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

### 3.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Transtornos alimentares são fenômenos complexos de procedência psíquica e etiologia multifatorial envolvendo componentes fisiológicos, psicológicos, socioculturais e nutricionais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos (Figura 2). São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia. Manifestam-se de diversas formas, intensidades e gravidades, sempre relacionados à perda ou ao ganho de massa corporal e às dificuldades emocionais, conduzem a severos danos psicológicos e sociais com aumento da morbidade e mortalidade, principalmente entre adolescentes e adultos jovens do gênero feminino (AMORAS et al., 2010; CLAUDINO; BORGES, 2002).

**Figura 2: Componentes envolvidos com os transtornos alimentares.**



**Fonte: Da autora, 2018.**

O diagnóstico de um TA tem critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, no Código Internacional de Doenças (CID-10), e pela Associação de Psiquiatria Americana, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), e deve ser feito preferencialmente por um psiquiatra (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011).

A anorexia e bulimia nervosas são apresentadas na descrição de transtornos alimentares do DSM IV e apresentam um diagnóstico específico. Por sua vez, o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Síndrome do Comer Noturno (SCN) recebem o diagnóstico de um transtorno alimentar “atípico”, por não satisfazerem os critérios para um transtorno alimentar específico, uma vez que apresentam sintomatologia não específica (AMORAS et al., 2010).

### **3.3.1 Anorexia nervosa**

A anorexia nervosa (AN) é caracterizada por uma perda de peso auto imposta à custa de dieta extremamente restrita, acompanhada de disfunção endócrina e atitude psicopatológica distorcida em relação à imagem corporal, à alimentação e ao peso (BORGES et al., 2006; KIRSTEN et al., 2009). O curso da doença é caracterizado por uma progressiva perda de peso no qual o padrão alimentar vai se

tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Podemos destacar algumas consequências e características em indivíduos com AN como: excessiva perda de peso, conduta alimentar restritiva, desgaste físico e psicológico, um excesso de atividade física, uma distorção da imagem corporal, amenorreia (ausência de menstruação), negação do transtorno e a recusa de comer, mas não por falta de apetite (CAMPOS; HAACK, 2012).

Existem dois tipos de apresentação da anorexia nervosa: o restritivo e o purgativo. O primeiro caracteriza-se por comportamentos restritivos associados à dieta, enquanto no último acontecem episódios de compulsão alimentar, seguidos de métodos compensatórios, como vômitos auto induzidos e o uso de laxantes e diuréticos (BORGES et al., 2006).

### **3.3.2 Bulimia nervosa**

Caracteriza-se a bulimia nervosa (BN) por uma grande ingestão de alimentos de uma maneira descontrolada acompanhada da sensação de perda de controle, sendo estes eventos caracterizados de episódios bulímicos (CAMPOS; HAACK, 2012). Assim a BN envolve um repertório de restrição alimentar pouco efetivo, acompanhado de episódios de hiperfagia (VALE; ELIAS, 2011) no qual o indivíduo adota medidas extremas para não engordar, como indução do vômito (BORGES et al., 2006). Outros mecanismos utilizados após ingestão exagerada de alimentos são: o uso inadequado de medicamentos (laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos, agentes anorexígenos e enemas). Estes comportamentos lhe trazem satisfação e alívio momentâneos (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Os critérios diagnósticos para a bulimia envolvem, segundo o DSM-IV ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares e um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar que ou o quanto está comendo) (CLAUDINO; BORGES 2002).

### **3.3.3 Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)**

O TCAP trata-se de um comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período delimitado de tempo (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come (CORTEZ; ARAÚJO; RIBEIRO, 2011). Alguns fatores indicam a presença do TCAP, como episódios de compulsão alimentar que ocorrem pelo menos dois dias por semana, num período de seis meses, associados a algumas características de perda de controle, e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso (VITOLLO; BORTOLINI; HORTA, 2006).

Os portadores do TCAP relatam um baixo número de dietas restritivas quando comparados a pacientes com BN. O TCAP pode ser distinguido da BN por alguns aspectos como: geralmente os portadores do TCAP apresentam elevado índice de massa corporal (IMC) em relação aos portadores de BN; a história natural da BN geralmente revela a ocorrência de dietas e perda de peso, enquanto que os comportamentos prévios do TCAP são mais variáveis. Desta forma, os portadores de BN demonstram maior restrição alimentar em relação aos portadores de TCAP. O TCAP está inserido na sessão de “Transtornos Alimentares não Especificados” do DSM-IV e sua proposta de diagnóstico está descrita no apêndice B (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

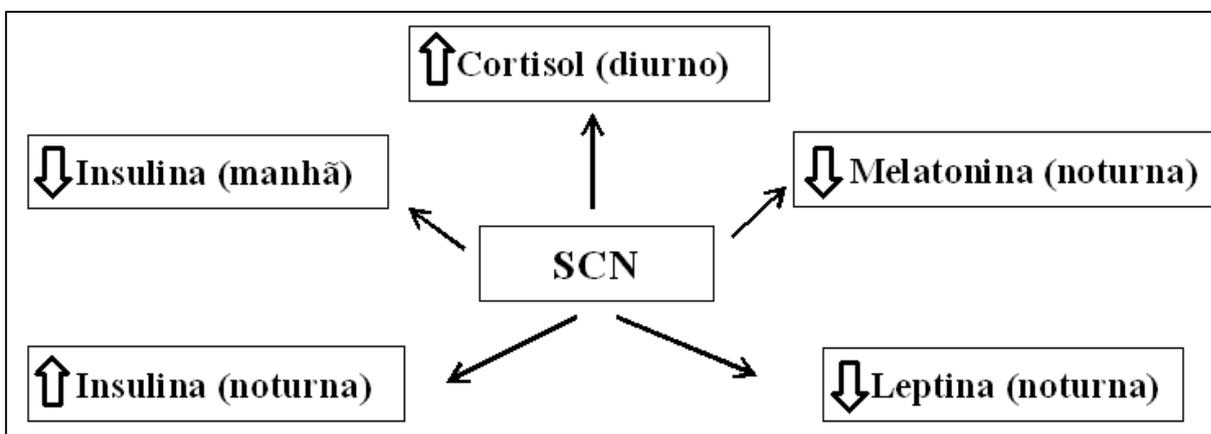
### **3.3.4 Síndrome do comer noturno**

A SCN representa um novo transtorno alimentar, que, apesar de sua descrição original na literatura científica ser há mais de 50 anos, ainda é pouco reconhecida ou tratada no contexto clínico. No entanto, a crescente importância da obesidade como um problema de saúde pública mundial e suas aparentes ligações com a SCN, faz com que ela ganhe maior consciência clínica, aumentando as investigações sobre a sua etiologia e possíveis tratamentos (O'REARDON et al., 2005).

Em termos de características neuroendócrinas a SCN está relacionada a mudanças nos ritmos circadianos de secreções endócrinas como cortisol, melatonina, leptina e insulina (Figura 3). Esses hormônios são secretados em diferentes níveis durante o dia de acordo com o ciclo sono/vigília. Estudos apontam uma diminuição da

melatonina durante a noite em indivíduos com SCN o que originaria dificuldades para adormecer/dormir e manter-se dormindo, insônia, além de contribuir para o humor deprimido. Uma vez que a leptina atua como supressora do apetite, os níveis diminuídos de leptina entre os pacientes com SCN podem contribuir para a menor inibição contra impulsos de fome noturna que interrompem o sono (BERNARDI et al., 2009). O cortisol encontra-se em níveis mais elevados durante o dia o que pode contribuir para aumentar o estresse nestes indivíduos, contribuindo com a noção de que a síndrome seja um tipo de transtorno de estresse (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002).

**Figura 3: Mudanças das secreções endócrinas encontradas na SCN.**



Fonte: Da autora, 2018.

Já a insulina e glicose encontram-se em maior concentração a noite, fato que pode ser justificado pela grande ingestão de carboidratos à noite e em menor concentração pela manhã (BERNARDI et al., 2009).

A SCN é a representação clínica de um desequilíbrio circadiano do padrão alimentar. Foi relatada pela primeira vez entre indivíduos obesos resistentes à perda de peso. A primeira definição clínica foi descrita por Stunkard et al. em 1955, como uma tríade de anorexia matutina, hiperfagia noturna (25% do consumo total de energia após as 19h) e insônia. Desde então, os critérios para SCN foram revistos e alterados várias vezes a partir da descrição original por diferentes autores ao longo dos anos (GALLANT; LUNDGREN; DRAPEAU, 2012).

Estudos recentes têm conceituado a SCN como um atraso no padrão circadiano de consumo de alimentos, manifestado por um ou ambos dos seguintes critérios fundamentais descritos no Quadro 1 (ALLISON et al., 2010).

**Quadro 1: Critérios de diagnóstico propostos para a SCN.**

<b>Critérios de diagnóstico para a SCN propostos por Allison et al. 2010.</b>
<p>A. Padrão alimentar diário noturno / hiperfagia noturna, manifestado com um ou ambas as seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelo menos 25% da ingestão de alimentos após a refeição da noite;</li> <li>2. Pelo menos dois episódios de alimentação noturna por semana.</li> </ol> <p>B. Consciência e recordação dos episódios alimentares noturnos.</p> <p>C. O quadro clínico é caracterizado por pelo menos três das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anorexia matutina / omissão do café da manhã quatro ou mais vezes por semana;</li> <li>2. Presença de um forte desejo de comer entre o jantar e começar a dormir / ou durante a noite;</li> <li>3. Dificuldade para iniciar/manter o sono ou insônia quatro ou mais noites por semana;</li> <li>4. Acreditar que deve comer para conseguir dormir;</li> <li>5. Humor é frequentemente deprimido e / ou humor piora durante a noite;</li> </ol> <p>D. A doença está associada com sofrimento significativo e / ou incapacidade funcional.</p> <p>E. O padrão desordenado de comer ter sido mantido por pelo menos 3 meses.</p> <p>F. O distúrbio não é secundário para abuso de substâncias ou dependência, transtorno médico, medicação ou outro transtorno psiquiátrico.</p>

**Fonte: Adaptado de ALLISON et al., 2010.**

Tais sintomas devem causar sofrimento, estarem presentes por pelo menos 3 meses, e não pode ser devido a outros fatores médicos ou de estilo de vida (por exemplo, trabalho noturno) (LUNDGREN et al., 2012).

Incorpora-se como características prevalentes da SCN o fato de estar associada a redução de fome diurna, maior prevalência em mulheres, de aparecer na

infância ou na adolescência e de ter conexão com comorbidades psiquiátricas, especialmente depressão, baixa autoestima e uso de antidepressivos atípicos (HARB et al., 2010; ZIROLDO et al., 2011).

Observa-se então que o excesso de calorias consumidas durante a noite, de fato, leva ao ganho de peso e que o início da obesidade ocorre mais cedo na vida daqueles com a SCN. Comparado com a comunidade em geral, torna-se evidente que a SCN é mais prevalente em populações com maior peso corporal; embora, em muitos estudos observa-se relação entre a SCN e peso corporal em muitos outros não se observa tal relação (GALLANT; LUNDGREN; DRAPEAU, 2012).

### 3.4 ORTOREXIA NERVOSA

#### 3.4.1 Definição

A ortorexia nervosa (do grego “orthos” – correto – e ” orexisis” – fome) é um desvio da conduta alimentar relativamente novo que foi descrito pela primeira vez em 1997 pelo médico americano Steven Bratman, que descreveu sua própria experiência com a comida e a alimentação e relata ter apresentado alimentação restritiva devido às crenças relacionadas à saúde, pensamentos alimentares obsessivos e distanciamento social. Bratman compara os sintomas que ocorrem na ortorexia dos ciclos de comportamento alimentar extremo, as obsessões alimentares e o distanciamento social, como sintomas comuns aos transtornos alimentares como anorexia nervosa e bulimia nervosa (LUNA; BELMOMTE, 2016).

A ortorexia não é um transtorno formal, mas em casos extremos, suas características obsessivas, se tornam patológicas, conduzindo a uma dieta muito restritiva, com exclusão de vários alimentos considerados “prejudiciais” e, até mesmo, isolamento social (BO et al., 2014).

Considerada um termo muito recente e dificilmente compreendido, a ON é raramente abordada por profissionais da saúde e da alimentação, que têm como foco o ensino de uma alimentação saudável. Trata-se de um quadro que começa a ser discutido como um transtorno alimentar (TA), visto que este é um grave distúrbio (COELHO et al., 2016).

### 3.4.2 Características gerais

A grande dificuldade encontrada em relação a esta doença é a linha tênue entre alimentação saudável orientada por profissionais da área de ciências nutricionais e o comportamento de obsessão patológica do paciente pelo que ele acredita ser “alimentação saudável”. A mídia alimenta o quadro, através dos modelos de beleza e da publicidade de saúde impressa nos alimentos padrões inatingíveis pela sociedade em geral.

Pesquisadores italianos foram os primeiros a publicar um estudo para identificação da Ortorexia Nervosa e tentativa de mensuração da sua dimensão, após a observação das características comportamentais de pessoas que exibiam o quadro (DONINI et al., 2004). O mesmo grupo desenvolveu e validou um instrumento para diagnóstico da ON denominado ORTO-15, contendo 15 questões de múltipla escolha, as quais abordam atitudes obsessivas dos indivíduos com ON quanto a escolha, preparo e consumo de alimentos considerados saudáveis. As principais características da ortorexia nervosa são:

- Fixação em alimentação saudável, com mais de três horas ao dia de dedicação em torno da sua dieta (DONINI et al., 2004; BARTRINA, 2007);
- Definição bastante rígida do que é saudável, mas que varia de acordo com as crenças nutricionais individuais. Em geral, restrição extrema de corantes, aromatizantes, conservantes, herbicidas, pesticidas, alimentos geneticamente modificados, alimentos com muito sal, açúcar e gorduras, são vistos como prejudiciais à saúde. A forma de preparo e os utensílios utilizados também são parte do ritual obsessivo (ex.: somente cerâmica ou madeira) (BARTRINA, 2007; ZAMORA et al., 2005);
- Sensação de segurança, conforto e tranquilidade vinculada à alimentação orgânica, ecológica ou funcional (BARTRINA, 2007);
- Desejo de prevenir ou eliminar sintomas físicos (reais ou exagerados) ou de ser puro e natural, mesmo que à custa da perda de prazer na alimentação (BARTRINA, 2007; DONINI et al., 2005; MATHIEU, 2005);
- Inicia-se com o desejo de melhorar a saúde, tratar uma enfermidade ou perder peso, mas, finalmente, a dieta passa a ocupar lugar central na vida, requerendo

grande autocontrole para manter hábitos alimentares radicalmente diferentes daqueles típicos da sua cultura (ZAMORA et al., 2005);

- Presença de traços de personalidade fóbicos e obsessivos (DONINI et al., 2005);
- Os indivíduos ortoréxicos costumam ter personalidade meticulosa e ordenada, além de serem exigentes consigo mesmos e com os demais (perfeccionistas), com exagerada necessidade de autocuidado e de proteção (BARTRINA, 2007; MATHIEU, 2005; ZAMORA et al., 2005);
- Os lapsos em relação à alimentação são acompanhados de sentimento de culpa (BARTRINA, 2007; DONINI et al., 2005).
- É preferível jejuar a comer o que se considera impuro ou perigoso à saúde (DONINI et al., 2004);
- O que comer passa a dominar o cotidiano da pessoa, desde o planejamento, aquisição, preparo e consumo dos alimentos considerados saudáveis (BARTRINA, 2007; DONINI et al., 2005);
- O comportamento alimentar ortoréxico se torna o único possível, gerando uma sensação de superioridade e desprezo sobre outros hábitos alimentares e estilos de vida, considerados insalubres (DONINI et al., 2004);
- O cotidiano se torna extremamente limitado devido ao padrão restritivo de alimentação, gerando uma diminuição da qualidade de vida, conforme aumenta a “qualidade” da alimentação (BARTRINA, 2007; DONINI et al., 2005);
- Sensação de solidão e de insatisfação com a própria condição (BRATMAN, 1997).
- Tentativas insistentes de esclarecer outros acerca da “alimentação saudável” (BRATMAN, 1997);
- Quando a aquisição da pureza dietética apresenta fundamentação religiosa, pode ocorrer a busca por compensações espirituais (ZAMORA et al., 2005).

### 3.4.3 Diagnóstico

Um método que pode ser utilizado é o *ORTO 15*, questionário validado para diagnóstico de ortorexia pelo Instituto de Ciências de Alimentos da Universidade de Roma. O questionário consiste em 15 perguntas sobre alimentação e sua influência no comportamento pessoal. Foi estabelecido um escore de 40 pontos como ponto de corte. Sendo considerados indivíduos com comportamento alimentar normal os que obtiverem pontuação menor que 40 (ROCHA et al., 2015).

Há o *Bratman's Orthorexia Test* que consiste em perguntas sobre a atitude do indivíduo em relação aos alimentos. Nesse teste, são feitas 10 afirmativas que possibilitam respostas com sim ou não. Possui escore de 0-10, sendo cada "sim" valendo um ponto. Porém, não há uniformidade no critério de classificação de ortorexia visto que os estudos que utilizaram esse questionário diferiram no critério de classificação quanto ao escore (MARTINS et al., 2011).

### 3.4.4 Grupos de risco

Um melhor conhecimento sobre a ciência da nutrição pode ser fator preponderante para o desenvolvimento de ortorexia entre os indivíduos. Este conhecimento pode ser adquirido através da mídia pela reprodução de propagandas, que leva ao indivíduo só selecionar alimentos considerados saudáveis (BOSI et al. 2007).

Estudantes da área de saúde, fisiculturistas possuem maior risco para desenvolver ortorexia (BARTRINA, 2007).

O nível socioeconômico mais elevado também está associado ao desenvolvimento de ortorexia visto que os alimentos considerados saudáveis geralmente são bem mais caros, fazendo com que este distúrbio seja mais visível em países desenvolvidos (ROCHA et al., 2015).

A religião é outro fator que pode influenciar no desenvolvimento da ortorexia visto que determinadas religiões podem propor práticas alimentares ascéticas (BOSI et al. 2007).

### **3.4.5 Sintomas**

Os indivíduos evitam os alimentos que contêm corantes, conservantes, agrotóxicos, ingredientes geneticamente modificados, alto teor de gordura, teor excessivo de sal, açúcares e outros componentes e até podem se preocupar com o tipo de utensílios usado no preparo da refeição (BRATMAN, 2002).

Além disso, os ortoréxicos têm uma grande preocupação no que vão comer no dia seguinte, na procedência do alimento, no cuidado no preparo de alimentos para evitar qualquer tipo de contaminação que envolva algum perigo para a sua saúde. Assim, evitam consumir alimentos fora de casa por não confiarem no tipo de preparo dos alimentos, afetando seu convívio familiar e social (ROCHA et al., 2015).

### **3.4.6 Consequências no estado nutricional**

As implicações no estado nutricional de ortoréxicos são as mesmas que ocorrem a partir de uma alimentação inadequada como desnutrição, anemias, hiper ou hipovitaminoses, carência de nutrientes essenciais, hipotensão, osteoporose, entre outras (COELHO et al., 2016).

Para a ortorexia não há tratamento específico visto que é um transtorno recém-descoberto. Assim, seu tratamento acontece da mesma forma que de outros transtornos alimentares, com uma equipe interdisciplinar, optando-se por um tratamento cognitivo-comportamental, para eliminar todos os comportamentos que o indivíduo adquiriu por um longo período de tempo (LUNA; BELMOMTE, 2016).

Porém, o tratamento da ortorexia torna-se mais difícil comparado ao da anorexia e bulimia nervosa devido o indivíduo não aceitar que seu comportamento é incorreto, pois eles já se consideram saudáveis e não enxergam consequências negativas nesse distúrbio (MARTINS et al., 2011).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A seguinte pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Campina Grande com o número de CAAE 64353016.3.0000.5575. Consistiu em um estudo epidemiológico, descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

A epidemiologia pode ser compreendida como um processo contínuo de acúmulo de conhecimentos com o objetivo de prover um acervo de evidências indiretas, cada vez mais consistentes, de associação entre saúde e fatores protetores ou doença e fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2013).

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários: dados pré-existentes de mortalidade e hospitalizações, por exemplo, e primários: dados coletados para o desenvolvimento do estudo (COSTA; BARRETO, 2003).

Nos Estudos Transversais, cada indivíduo é avaliado para o fator de exposição e a doença em determinado momento. Muitas vezes o estudo transversal é realizado apenas com objetivo descritivo sem nenhuma hipótese para ser avaliada. Alguns têm usado o termo levantamento para denominar estudos transversais realizados com essa finalidade. O estudo transversal pode ser usado como um estudo analítico, ou seja, para avaliar hipóteses de associações entre exposição ou características e evento (CARVALHO; ROCHA, 2005).

A abordagem quantitativa significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coletas de informações, utilizando recursos e técnicas estatísticas. É comum ser utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, na qual se procura descobrir classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito (TERRA, 2007).

## 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A população estudada compreendeu estudantes dos cursos da área de saúde (Farmácia, Nutrição e Enfermagem). A coleta de dados foi realizada durante seis semanas, nas salas de aulas da Universidade Federal de Campina Grande (Figura 4), Campus Cuité/PB e solicitou-se ao docente a permissão para o preenchimento do questionário *ORTO 15*, que teve um tempo médio de 10 a 20 minutos para o preenchimento. Os dados de idade, peso e estatura foram auto referidos pelas alunas.

**Figura 4: Foto da faixa da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité/PB.**



**FONTE: Própria autora, 2016.**

## 4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Prevalência de Ortorexia Nervosa em estudantes de cursos da Área de Saúde (Curso de Farmácia – 100 alunas, Curso de Nutrição – 100 alunas e Curso de Enfermagem – 100 alunas) da Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus de Cuité – PB.

#### 4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão considerados foram: a) estar matriculado na referida universidade (no caso as alunas); b) ser do gênero feminino; e, c) apresentar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (APÊNDICE A) assinado por um responsável e manifestar vontade de participar.

#### 4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas aquelas que se negaram a participar da pesquisa (alunas dos cursos da área de saúde), que não restituíram o TCLE ou que não responderam as variáveis de peso e/ou altura.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo a Resolução 466/12, que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, serão observados e obedecidos os critérios regidos na lei:

- Providenciar um termo de autorização institucional da Direção do CES (APÊNDICE B);
- Providenciar um termo de autorização institucional da Coordenação da Unidade de Saúde (Curso de Farmácia e Nutrição) (APÊNDICE C);
- Providenciar um termo de autorização institucional da Coordenação da Unidade de Enfermagem (APÊNDICE D);
- Obter consentimento livre e esclarecidos dos participantes da pesquisa e/ou seu representante legal através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A);
- Encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética para avaliação e apreciação.

## 4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

### 4.5.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Coletados por meio da aplicação do questionário, com utilização de instrumento próprio elaborado pelo grupo de pesquisa (ANEXO A), sendo registrados IMC (auto referido), etnia, escolaridade, idade, modalidade esportiva, estado civil e atividade profissional.

### 4.5.2 Avaliação de comportamento alimentar disfuncional

A prevalência de ON foi avaliada pelo questionário validado ORTO 15 traduzido e adaptado para a língua portuguesa o qual é composto por 15 questões de múltipla escolha, que abordam atitudes obsessivas dos indivíduos quanto a escolha, preparo e consumo de alimentos considerados saudáveis. Para identificar comportamento de risco para ortorexia nervosa, considerou-se ponto de corte inferior a 40, que é o ponto de corte indicado para estudos populacionais, proposto pelos autores do instrumento.

## 4.6 Análise estatística

Os dados foram tratados no programa estatístico SPSS versão 23.0 e testados quanto à sua normalidade pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Após essa definição, foram aplicados testes específicos para dados paramétricos, como teste *t de student* para comparações entre os grupos com e sem os transtornos. A comparação entre as frequências foram feitas por qui-quadrado. Os dados serão apresentados como frequências absolutas ou relativas e média e desvio padrão. As diferenças foram consideradas significativas para valores de  $p < 0,05$ .

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cursos da área da saúde do Campus Cuité (Farmácia, Nutrição e Enfermagem) contam com 673 alunas matriculadas. Destas, 300 participaram da pesquisa, totalizando 44%. As demais alunas não participam por diversos motivos, entre eles a ausência no *Campus* durante a aplicação dos questionários ou indisponibilidade no momento da abordagem, além de questionários descartados por estarem incompletos ou sem a assinatura do TCLE. O público que participou desta pesquisa foi composto por estudantes do sexo feminino matriculadas nos cursos da área de saúde da UFCG *Campus* Cuité, com idades entre 16 e 31 anos.

Das 300 participantes, 34% (N= 102) apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa, enquanto 66% (N= 198) não apresentaram tal comportamento. Estes resultados estão ilustrados na Tabela 2.

**Tabela 2 - Distribuição das alunas de acordo com o comportamento de risco para ON.**

<b>Comportamento de risco</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	102	34
Não	198	66
Total	300	100

**Fonte: Própria Autora, 2018.**

O questionário Orto 15 desenvolvido por Donini et al. (2004), tem como finalidade analisar comportamentos de riscos para a ortorexia nervosa. Esses comportamentos mostram-se cada vez mais comuns, por isso, há necessidade de estudos feitos em populações diferentes, os quais vêm sendo realizados desde 2005 em vários países, com o intuito de esclarecer e conhecer a ON.

Um estudo semelhante a este foi realizado com estudantes do sexo feminino, com 17 ou mais anos, em cursos na área de educação, na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité – PB, onde 76,5% das participantes apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa (CÂNDIDO, 2017).

A ortorexia nervosa trata-se de um transtorno de comportamento obsessivo-compulsivo, onde os indivíduos acometidos visam uma alimentação saudável, para eles, sendo essa alimentação tida como pura. Como público alvo principal estão os

estudantes de nutrição, pois estes tendem a ter restrições alimentares e, como consequência, desenvolvem mais facilmente a ortorexia. (AKSOYDAN; CAMCI, 2009; LUNA; BELMONTE, 2016). Esses estudantes acreditam que para não colocar em risco suas carreiras profissionais e a confiança de seus pacientes, eles necessitam seguir padrões impostos pela sociedade e por isso acabam sendo pressionados (GARCIA et al., 2010).

Profissionais de carreiras distintas que necessitam acompanhar padrões estéticos, controle de peso e excelente desempenho em suas atividades também fazem parte de grupos de risco, pois isso facilita o desenvolvimento de transtornos alimentares (BOSI et al., 2007).

As mulheres, em particular, se destacam quando a questão é beleza, tidas como facilmente influenciáveis pela mídia e em constante busca de padrões estéticos, de corpos perfeitos e bem moldados, acabam sendo mais vulneráveis e dependentes desses padrões, que vêm crescendo muito, juntamente com número de influenciadoras digitais e mídia (BOSI et al., 2006).

De acordo com os dados obtidos no presente estudo e juntamente com outras literaturas, pudemos observar a existência de outro público alvo acometido pela ON, sendo assim, nos certificamos de que, não somente alunas de cursos da saúde são acometidas, mas também alunas de cursos da educação, e essas apresentam comportamento de risco em sua maioria. Esses dados norteiam posteriores pesquisas, levando em consideração que não é somente a área em que a paciente está inserida que indica uma possível vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença.

A distribuição das alunas em relação à idade mostrou que 54,7% (N= 164) tinham de 16 a 20 anos, 36,7% (N= 110) tinham de 21 a 25 anos, 6% (N= 18) tinham de 26 a 30 anos e 2,6% (N= 8) tinham idade igual ou superior a 31 anos. A tabela 3 mostra que dentro do grupo de comportamento de risco que foi composto por 102 alunas, observou-se que as discentes com idade entre 16 e 20 anos apresentam maior risco para desenvolver ON, sendo esse também o intervalo com o maior número de participantes.

**Tabela 3 - Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com a faixa etária.**

Faixa etária	Comportamento de risco	
	N	%
16 a 20 anos	59	57,8
21 a 25 anos	37	36,3
26 a 30 anos	4	3,9
≥ 31 anos	2	2,0
Total	102	100

Fonte: Própria Autora, 2018.

Uma pesquisa realizada com estudantes de medicina do sexo feminino e masculino, com idades entre 16 e 29 anos, trouxe como resultados que alunos com idade inferior ou igual a 21 anos tinham alto comportamento de risco para ON. Essa pesquisa foi realizada por Fidan et al. (2010), na Turquia. Outra pesquisa, agora realizada por Alvarenga et al. (2012), no estado de São Paulo, apenas com nutricionistas, trouxe como resultados que os profissionais com idade inferior a 30 anos apresentavam alto risco para o desenvolvimento da patologia.

Um estudo realizado com estudantes do sexo feminino, com idade de 17 a 48 anos, em cursos na área de educação, na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité – PB, mostrou que, 66,0% das participantes que apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa tinham a idade entre 17 e 27 anos (CÂNDIDO, 2017).

Podemos explicar tais resultados levando em consideração que esses adultos jovens, por serem mais novos, estão inclusos em âmbitos que acabam os levando a terem mais cuidados com a estética, o que pode trazer como consequência dietas sem auxílio de um profissional adequado, principalmente nos dias atuais, onde facilmente se encontram em redes sociais pessoas com as mais variadas definições do que é necessário para uma alimentação saudável, e esse pode ser um ponto inicial e crucial para o desenvolvimento da ON.

Entretanto, temos estudos que vão contra os resultados expostos anteriormente. Pontes (2012) e Donini et al. (2004), após a realização de suas pesquisas, chegaram a uma conclusão diferente. Para os mesmos, a ortorexia nervosa está relacionada com a idade elevada, o que entra em contradição com os resultados encontrados nesta pesquisa.

Temos então, outro parâmetro com resultados diferentes a serem questionados, e isso só confirma a necessidade de maior número de estudos sobre a ortorexia nervosa no mundo.

Quando distribuídas de acordo com o curso em que estão matriculadas, as alunas participantes da pesquisa se distribuem da seguinte forma: 33,3% (N= 100) do curso de Farmácia, 33,3% (N= 100) do curso de Nutrição e 33,4% (N= 100) do curso de Enfermagem. Dentro do grupo de risco composto por 102 alunas foi possível observar que o curso de Farmácia e Enfermagem tiveram maior tendência a desenvolver ortorexia com 36,3% e 35,3%, respectivamente. Na Tabela 4 é possível observar o comportamento de risco referente a cada curso.

**Tabela 4 - Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o curso.**

Curso	Comportamento de risco	
	N	%
Farmácia	37	36,3
Nutrição	29	28,4
Enfermagem	36	35,3
Total	102	100

**Fonte: Própria Autora, 2018.**

Estudo realizado com estudantes do sexo feminino e masculino do curso técnico em Nutrição e Dietética com idade que variou de 16 a 56 anos mostrou que cerca de 83,0% dos alunos apresentavam comportamento de risco para ortorexia nervosa (PONTES, 2012).

A condição exposta acima é muito comum, acredita-se que alunos da área de nutrição tendem mais facilmente a desenvolver a ortorexia, isso se dá pelo fato não só do conhecimento adquirido durante os estudos, mas a uma visão de responsabilidade imposta pela sociedade aos estudantes, que acabam sofrendo antes mesmo de concluírem os estudos, tomando para si, a função de servir como exemplo para a sociedade.

Os cursos de saúde foram os mais estudados no que se refere a ortorexia nervosa, sendo nutrição, educação física e medicina, os que apresentam mais estudantes com comportamento de risco para esse distúrbio e também aos demais transtornos alimentares, como anorexia e bulimia (GARCIA et al., 2010).

No presente estudo, as alunas de farmácia se destacaram mais do que as alunas de nutrição e enfermagem, o que foge do padrão esperado, entretanto, se visto pelo lado acadêmico é importante ressaltar que, o curso de farmácia é composto de diversas disciplinas que abrangem a área de alimentos, sendo assim, esse contato pode interferir no resultado obtido na pesquisa, e por isso, pode despertar nessas alunas um interesse maior por uma alimentação mais saudável.

A escolha do curso universitário e futura profissão podem ser influenciadas por distúrbios alimentares pré-existentes, assim como também podem ser cruciais para o início do surgimento de tais distúrbios (BO et al., 2014).

Quanto ao estado civil, as alunas se distribuíram da seguinte maneira: 98% (N= 294) são solteiras e 2% (N= 6) são casadas. Dentro do grupo de risco composto por 102 alunas foi possível observar que as solteiras tiveram maior tendência a desenvolver ortorexia. Na Tabela 5 é possível observar o comportamento de risco referente ao estado civil.

**Tabela 5 - Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o estado civil.**

Estado civil	Comportamento de risco	
	N	%
Solteira	100	98
Casada	2	2
Total	102	100

**Fonte: Própria Autora, 2018.**

Na literatura, não são encontrados muitos estudos que relacionam ortorexia nervosa com o estado civil dos participantes. Ramacciotti et al. (2010) em seu estudo com 177 pessoas da população geral com mais de 18 anos utilizando a versão italiana do ORTO-15 e levando em consideração score <40 para ON, observou que 47,1% dos participantes que apresentaram ortorexia nervosa eram solteiros, 45,1% eram casados, 5,9% eram divorciados e 2% eram viúvos.

O estudo de Donini et al. (2004) a maioria dos ortorexos eram casados, com 66,7% da população estudada, seguido dos viúvos com 40%, os divorciados com 19,7% e os solteiros com 14,2%.

Um estudo realizado com estudantes do sexo feminino, em cursos na área de educação, na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité – PB,

mostrou que, relacionando a quantidade das participantes e comportamento de risco, as mulheres solteiras apresentaram 66,5% enquanto as casadas apresentaram 8% de risco de desenvolver a ortorexia (CÂNDIDO, 2017). Dados estes, que corroboram com esta pesquisa.

Observando o parâmetro estado civil, encontrou-se divergência entre a pesquisa realizada e literaturas existentes, onde alguns autores acreditam que indivíduos casados tendem a desenvolver com maior facilidade a ON, o que pode ser facilmente interligado com a vida que levam: casais geralmente tendem a ter uma idade mais avançada, onde se pode levar em consideração o aparecimento de doenças crônicas e hereditárias, esses também tendem a ter filhos que podem ser pequenos; tudo isso os leva a pensar e desenvolver determinada preocupação com uma alimentação saudável e adequada para a rotina e condições de suas famílias. Em contrapartida, estão os estudantes que pela vida que levam com pouco tempo disponível, acabam não desenvolvendo uma rotina alimentar bem definida e possuem maior facilidade de isolamento de outras pessoas, o que é uma das principais características da ON, tendo assim espaço para o desenvolvimento da mesma. Faz-se necessário a criação de um perfil epidemiológico, juntamente com novas pesquisas nesse âmbito para posteriores análises sobre esses dados, pois os dados encontrados na literatura divergem completamente.

Já avaliando o estado nutricional das alunas participantes, o resultado foi que 13,7% (N= 14) estavam abaixo do peso, 63,7% (N= 65) estavam com peso normal, 19,6% (N= 20) estavam na faixa de pré-obeso, 2% (N= 2) estavam com obesidade de grau I e 1% (N= 1) com obesidade de grau II. No presente estudo não foi encontrada nenhuma participante com obesidade de grau III. Relacionando o índice de massa corpórea (IMC) com o comportamento de risco, das 102 alunas com probabilidade de desenvolver ON, observamos maior prevalência das com peso normal (63,7%). A Tabela 6 ilustra esses dados.

**Tabela 6- Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o estado nutricional.**

Estado nutricional	Comportamento de risco	
	N	%
Baixo peso	14	13,7
Peso Normal	65	63,7
Pré-obeso	20	19,6
Obeso I	2	2
Obeso II	1	1
Total	102	100

**Fonte: Própria Autora, 2018.**

O estudo de Fidan et al. (2010) reconheceu que o IMC tem relação direta com a ortorexia já que em seus resultados, à medida que o IMC aumentou, diminuiu o escore do ORTO-11 (adaptação do ORTO-15), aumentando assim o comportamento de risco para o desenvolvimento desse distúrbio. Já Aksoydan et al. (2009) encontrou que quanto menor o IMC, mais baixos eram os escores do ORTO-15.

As diferenças estatísticas significantes foram observadas principalmente nos grupos de peso normal e pré-obesos, apesar de os demais grupos também apresentarem participantes com comportamento de risco para o desenvolvimento da ortorexia.

Todavia, BO et al. (2014); Donini et al. (2004); Souza e Rodrigues (2014) realizaram estudos e não encontraram nenhuma justificativa que avaliasse uma interação entre o estado nutricional e comportamento de risco para o desenvolvimento da ON.

Pontes (2012) afirmou que, diferente dos transtornos alimentares como, por exemplo, bulimia e anorexia, o desenvolvimento da ortorexia não tem envolvimento com o IMC do indivíduo.

Portanto, tem-se a necessidade de mais pesquisas relacionando o IMC com a prevalência e risco da ortorexia nervosa, para que só assim, sejam esclarecidas essas divergências de dados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- No presente estudo, a minoria das alunas dos cursos da área da saúde da UFCG Campus Cuité (34%) apresentou comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa.
- Na avaliação de acordo com a idade, as participantes com idade ente 16 e 20 anos apresentaram maior comportamento de risco para ortorexia. Esse resultado é semelhante a outros estudos que utilizaram a idade como parâmetro de avaliação.
- Quando o curso em que estavam matriculadas foi o parâmetro utilizado, viu-se que as alunas de Farmácia apresentaram maior significância estatística para comportamento de risco, seguido de enfermagem e nutrição, respectivamente.
- Ao se analisar o estado nutricional, através do IMC, é possível observar que as participantes de peso normal e pré-obesas apresentaram maior comportamento de risco, e isso pode ser explicado pelo fato de que as pessoas com comportamento ortoréxico não estão intimamente ligadas com a questão do peso, mas sim, com a qualidade e procedência dos alimentos ingeridos.
- Outro parâmetro avaliado foi o estado civil das participantes da pesquisa, onde 98% eram solteiras e 2% eram casadas, a partir daí observou-se que as solteiras tiveram maior tendência a desenvolver ortorexia nervosa.
- No tocante ao público estudado, é fundamental a realização de mais estudos em todas as regiões do país e ao redor do mundo para que se tenham dados mais abrangentes e seja possível criar um perfil epidemiológico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**, 3.ed. Itapevi, SP: AC. Farmacêutica. 2009.

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicologia da USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 197-216, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 de agosto de 2016.

ALLISON, K. C. et al. Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome. **International Journal of Eating Disorders**, v. 43, n. 3, p.241–247. 2010.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, p. 3-7. 2011.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. In the Clinic: Obesity. **Annals of Internal Medicine**. September. 2013.

AMORAS, D. R. et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. **Revista de Odontologia**. UNESP, Araraquara. v. 39, p 241-245. 2010.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 22, p. 28-31. 2000.

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C. C.; FONSECA, D. C. Transtorno da compulsão alimentar Periódica. **Revista Psiquiatria Clinica**. v. 31, n. 4, p. 170-172. 2004.

BARBOSA, V. L. P. **Prevenção da obesidade na infância e na adolescência**. 2 ed. São Paulo: Manole. 2009.

BARTRINA, J. A. Ortorexia o laobsesión por la dieta saludable. **Arch.Latinoam. Nutr.**; 57(4):313-5. 2007.

BEHAR, R.; MOLINARI, D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. **Rev Med Chile**. 138(11): 1386-1394. 2010.

BERNARDI, et al. Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. **Revista de Psiquiatria**. v. 31, n. 3, p. 170-176. 2009.

BO, S. et al. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? **Journal of Translational Medicine**. Aug 7;12:221. 2014.

BOMBAK, M. A. Obesity, Health at Every Size, and Public Health Policy. **American Journal of Public Health**. v. 104, n. 2. p. 60-67, February. 2014.

BORGES, N.J.B.G. et al. TRANSTORNOS ALIMENTARES - QUADRO CLÍNICO **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p.340-8, jul./set. 2006.

BOSI, A. T. B.; ÇAMUR, D. C.; GULER, C. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). **Appetite**; 49(3): 661-6. 2007.

BRATMAN, S. Original essay on orthorexia. 1997. Disponível em: <<http://www.orthorexia.com/index.php?page=essay>>. Acesso em: 02 outubro de 2016.

\_\_\_\_\_. Orthorexia nervosa: the health food eating disorder. New York: Broadway Books. 2002.

CAMPOS, J. G. S. C.; HAACK, A. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. **Com. Ciências Saúde**. . . 23, n. 3, p. :253-262. 2012.

CÂNDIDO, A. P. **Prevalência da Ortorexia Nervosa em Estudantes da Área de Educação da Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus de Cuité – PB.** 2017. 90 f. Trabalho de Conclusão de Curso Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

CINTRA, D. E.; ROPELLE, E. R.; PAULI, J. R. **Obesidade e diabetes: Fisiopatologia e Sinalização celular.** São Paulo: SARVIER. 2011.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira Psiquiatria**. v. 24, P. 7-12. 2002.

COELHO, G. C.; TROGLIO, G. M.; HAMMES, L.; GALVÃO, T. D.; CYRINO, L. A. R. As consequências físicas, psíquicas e sociais em indivíduos com ortorexia nervosa. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo. V.10, n.57, p. 160-168. 2016.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 154-157. 2004.

CORTEZ, C. M.; ARAÚJO, E. A.; RIBEIRO, M. V. Transtorno de compulsão alimentar periódico e obesidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 1, p. 94-102. 2011.

COZER, C.; PISCIOLARO, F. Síndrome Alimentar Noturna. **ABESO**, v. 55, n. 55, p. 12-16. 2012.

CRISPIM et al. Relação entre Sono e Obesidade: uma Revisão da Literatura. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v.51, n.7, p. 1041-1049. 2007.

DOBROW, I. J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 24, p. 63-7. 2002.

DONINI, L. M. et al. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. **Eat Weight Disord.**; 9(2):151-7. 2004.

\_\_\_\_\_. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.*; 10 (2): 28-32. 2005.

GALLANT, A. R.; LUNDGREN, J.; DRAPEAU, V. Etiology and Pathophysiology: The night-eating syndrome and obesity, **Obesity reviews**. v. 13. p. 528-536. 2012.

GARCÍA, C. S. et al. Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. **Eat Weight Disord.**;17(4): 226-33. 2012.

GORACCI A, D. I.; VOLO, S.; CASAMASSIMA, F.; BOLOGNESI, S.; BENBOW, J.; FAGIOLINI, A. Pharmacotherapy of Binge-Eating Disorder: A Review. **J Addict Med** 9(1):1-19. 2015.

HARB, A. B. C. et al. Síndrome do Comer Noturno: aspectos conceituais, epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 23, n. 1, p. 127-136. 2010.

\_\_\_\_\_.; CAUMO, W.; HIDALGO, M. P. L. Tradução e adaptação da versão brasileira do Night Eating Questionnaire. **Caderno de Saúde Pública**. v. 24, n. 6, p. 1368-1376. 2008.

KIRSTEN, V. R.; FRATTON, F.; PORTA, N. B. D. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição, Campinas**. v. 22, n.2, p. 219-227.mar./abr. 2009.

LAI, C. M. et al. The associations of sociocultural attitudes towards appearance v body dissatisfaction and eating behaviors in Hong Kong adolescents. **Eating Behaviors**. 14 (3): 320-4. 2013.

LUNA, C. A.; BELMONTE, T. S. ortorexia nervosa: um desafio para nutrólogo. **Internacional Journal of Nutrology**. V. 1; p.128-139, 2016.

LUNDGREN, J. D. et al. Prevalence and Familial Patterns of Night Eating in the Québec Adipose and Lifestyle Investigation in Youth (QUALITY) Study. **Obesity reviews**. v.20, p. 1598–1603. 2012.

MATHIEU, J. What is orthorexia? *J. Am. Diet Assoc.*; 105 (10): 1510-12. 2005.

MARTINS, M. C. T.; ALVARENGA, M. S.; VARGAS, S. V. A.; SATO, K. S. C. J.; SCAGLIUSI, F.B. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. **Rev Nutr** 24 (2):345-57. 2011.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis**; 19(2):489-507. 2009.

MOURA, H. P. P. **Prevalência da Ortorexia Nervosa em Professores da Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus de Cuité – PB..** 2017. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

MUNSCH, S. Study protocol: psychological and physiological consequences of exposure to mass media in young women - an experimental cross-sectional and longitudinal study and the role of moderators. **BMC Psychol.**; 20;2 (1):37. 2014.

NUNES, C. B.; GUIMARÃES, W. A. **Alterações do comportamento alimentar na adolescência: Anorexia, Bulimia e Obesidade.** 2009. 49 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares. 2009.

O'REARDON, J. P.; PESHEK, A.; ALLISON, K. C. Night Eating Syndrome Diagnosis, Epidemiology and Management. **CNS Drugs**, v. 19, n.12, p. 997-1008. 2005.

PONTES, J. B.; MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. A. Ortorexia nervosa: adaptação cultural do orto-15. **Demetri** ; 533-548. 2014.

QUAIOTI, T. C. B.; ALMEIDA, S. S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 193-211. 2006.

ROCHA, M. A. P.; BARTHICHOTO, M.; LOPES, J. E.; COSTA, K.; VIEBIG, R. F. Ortorexia: uma compulsão por alimentos saudáveis. **Nutrição Brasil**. V.14. n. 1. 2015.

SILVA, B. L. O. **Distúrbios alimentares: Impacto na saúde oral.** 2012. 50 f. Monografia (Mestrado em Medicina Dentária) – Universidade Fernando Pessoa. Porto. 2012.

VALE, A. M. O.; ELIAS, L. R. Transtornos Alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 13, n. 1, p.52-70. 2011.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; HORTA, R. L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria.**, RS, v. 28, n. 1, p. 20-26.jan./abr. 2006.

ZAMORA, C. M. L. et al. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? **Actas Esp Psiquiatr.** 2005; 33(1): 66-8.

ZIROLDO, D. F. et al. Prevalência da síndrome do comer noturno em estudantes do Centro Universitário de Maringá – PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 401-406. 2011.

**ANEXOS**

ANEXO A - QUESTIONÁRIO ORTO - 15 adaptado por Pontes e Montagner, Brasília -DF, 2010.

**QUESTIONÁRIO ORTO - 15- AUTO-PREENCHIDO**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

\*\*\***ICM = PESO (Kg) ÷ ALTURA<sup>2</sup> (M<sup>2</sup>)= \_\_\_\_\_**

**(ÁREA RESTRITA A PESQUISADORA – ALUNA)\*\*\***

Marcar com um X a alternativa que melhor corresponde ao seu comportamento em relação à comida	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Nunca
<b>1. Você fica atento(a) às calorias dos alimentos quando come?</b>				
<b>2. Quando você vai a um mercado de alimentos, se sente confuso(a) a respeito do que deve comprar?</b>				
<b>1. Nos últimos três meses, pensar sobre sua alimentação tem sido uma preocupação?</b>				
<b>4. As suas escolhas alimentares São determinadas pela preocupação com seu estado de saúde?</b>				

Marcar com um X a alternativa que melhor corresponde ao seu comportamento em relação à comida	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Nunca
<b>5. O sabor é a qualidade mais importante que você leva em consideração ao escolher um alimento?</b>				
<b>6. Normalmente, você se dispõe a pagar mais por alimentos saudáveis?</b>				
<b>7. A preocupação com alimentação saudável toma mais de três horas do seu dia?</b>				
<b>8. Você se permite alguma quebra da sua rotina alimentar?</b>				
<b>9. Para você, o seu humor influencia o Seu comportamento alimentar?</b>				
<b>10. Você acredita que a convicção de se alimentar saudavelmente aumenta sua autoestima?</b>				
<b>11. Você acha que o consumo de alimentos saudáveis modifica seu estilo de vida (ida a restaurantes, amigos...)?</b>				
<b>12. Você acredita que consumir Alimentos saudáveis podem melhorar o seu aspecto físico?</b>				
<b>13. Sente-se culpado(a) quando sai da sua rotina alimentar?</b>				
<b>14. Você pensa que no mercado existem alimentos não saudáveis?</b>				
<b>15. Ultimamente, você costuma estar sozinho(a) quando se alimenta?</b>				

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

A aluna do Curso de Farmácia, Neualy Tâmara Vasconcelos Fontes da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - *Campus* Cuité - PB, e a Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes desta mesma instituição, estão fazendo uma pesquisa sobre o comportamento de risco para desenvolvimento de Ortorexia Nervosa em estudantes do sexo feminino da Área de Saúde (Farmácia, Nutrição e Enfermagem) do Centro de Ciência e Educação (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB.

**O projeto tem por justificativa:** Não existem muitos estudos investigativos sobre a ON no Brasil, mas o tema deve ser discutido para alertar os profissionais da área da saúde sobre a existência desse comportamento inadequado e suas possíveis consequências não só para a saúde física e emocional, mas também para a visão de alimentação saudável. Como a ON pode trazer graves consequências à saúde, quando comportamentos muito restritivos são adotados, torna-se de grande importância a realização de estudos que possam elucidar tais questões.

**A pesquisa tem como objetivo geral:** Avaliar o comportamento de risco para desenvolvimento de Ortorexia Nervosa em estudantes do sexo feminino da Área de Saúde (Farmácia, Nutrição e Enfermagem) do Centro de Ciência e Educação (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB.

**Já o benefício da pesquisa:** Tendo em vista que o conhecimento sobre a ortorexia nervosa é ainda escasso, a realização de estudos sobre esse tema é fundamental para oferecer um maior acervo, contribuindo para a melhoria da orientação e prestação de serviço não apenas da região Nordeste, como da sociedade brasileira como um todo. O presente estudo servirá para coletar informações acerca desse tema e instigar mais pesquisas nesse campo, fornecendo subsídios para a exploração desse novo conceito na área da saúde.

**Metodologia da pesquisa:** O instrumento de pesquisa utilizado para avaliar o comportamento de risco para desenvolvimento da ortorexia nervosa será o questionário Orto-15. Os questionários serão numerados, e em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa Microsoft Access versão 2010. Para a validação da digitação será utilizado o Programa Epi Info, versão 6.02. Após a digitação, o banco de dados será transferido para o Programa Statistical Package Social Science (SPSS) for Windows versão 13.0 para a análise estatística dos dados.

Para tanto, V. Sa. precisará apenas permitir a coleta de dados que será realizada através de um questionário.

Solicitamos a sua colaboração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde pública e em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome, será mantido em sigilo.

Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as

atividades solicitadas pelas pesquisadoras (alunas do Curso de Farmácia). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma via desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contado com o pesquisador e sua responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora coordenadora da pesquisa Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes.

Endereço e contato da pesquisadora: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Saúde – Curso de Farmácia – Sítio Olho d’água da Bica, s/n, Cuité. Telefone (82) 99940-9899.

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n. São Jose, CEP: 58401-490. Campina Grande – PB. Tel: (83) 2101-5545. E-mail: CEP@huac.ufcg.edu.br

Atenciosamente,

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Emília da Silva Menezes  
Celular [REDACTED]

---

Assinatura da Pesquisadora (Aluna de Farmácia)  
Nealy Tâmara Vasconcelos Fontes  
Celular [REDACTED]

## APÊNDICE B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, José Justino Filho, Vice-diretor do Centro de Educação à Saúde da UFCG, Campus Cuité/PB, autorizo o desenvolvimento das pesquisas intituladas: -1. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB; 2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB e 3. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB, das alunas de Farmácia "alunas a serem selecionadas para o projeto" que serão realizadas com alunas matriculadas na referida instituição no período de março de 2017 a junho de 2018, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Profª. Drª. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 06 de dezembro de 2015.

Prof. Dr. José Justino Filho

## APÊNDICE C: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE



### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (CURSO DE FARMÁCIA E NUTRIÇÃO)

Eu, José Alixandre de Sousa Luis coordenador da Unidade de Saúde (Cursos de Farmácia e Nutrição) da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento das pesquisas intituladas: – **1. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB** e **2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB**, das alunas de Farmácia “**alunas a serem selecionadas para o projeto**” que serão realizadas com alunas matriculadas (Curso de Farmácia e Nutrição) e docentes da unidade na referida instituição no período de **março de 2017 a junho de 2018**, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 01 de dezembro de 2016.

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. José Alixandre de Sousa Luis

Prof. Dr. José Alixandre de Sousa Luis  
Coordenador Administrativo da UAS  
Mat.: SIAPE 1629011

## APÊNDICE D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO UNIDADE DE ENFERMAGEM



Universidade Federal  
de Campina Grande

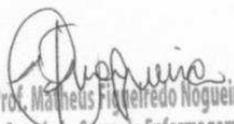
UFCG

Rua Aprígio Veloso, 882 - Bairro Universitário - CEP: 59.429-900 - Telefone: 0XX (83) 3338-1000 - Campina Grande - PB

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA ENFERMAGEM

Eu, Matheus Figueiredo Nogueira coordenador da unidade de Enfermagem da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento das pesquisas intituladas: -1. **PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB** e 2. **PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB**, das alunas de Farmácia “**alunas a serem selecionadas para o projeto**” que serão realizadas com alunas matriculadas no Curso de Enfermagem e dos docentes da Unidade na referida instituição no período de **março de 2017 a junho de 2018**, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 01 de dezembro de 2016.

  
Prof. Matheus Figueiredo Nogueira  
Coord. do Curso de Enfermagem  
UAENFE/CES/UFCG - SIAPE 1842347

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. Matheus Figueiredo Nogueira

## APÊNDICE E: DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE

### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Cuité, 30 de novembro de 2016.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, professora adjunta III e atualmente coordenadora do Curso de Bacharelado em Farmácia da UFCG *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape** [REDACTED]. Que sou a professora responsável pelos Projetos de Pesquisas:

1. **PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB;**
2. **PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB;**
3. **PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB.**

E que irei anexar os resultados das pesquisas na Plataforma Brasil.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Emília da Silva Menezes  
Matrícula SIAPE [REDACTED]

## APÊNDICE F: DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE

### DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Cuité, 30 de novembro de 2016.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, professora adjunta III e atualmente coordenadora do curso de Bacharelado em Farmácia da UFCG *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape** [REDACTED]. Que irei encaminhar os resultados das pesquisas para publicação, com os devidos créditos aos autores. E que só levarei para congressos e publicarei em revista científica após o parecer **Positivo** do Comitê.



---

Prof.ª. Dr.ª Maria Emília da Silva Menezes  
Matrícula SIAPE [REDACTED]

## APÊNDICE G



UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:**

1. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB.
2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB.
3. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB.

**Pesquisador:** MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES

**Versão:** 1

**CAAE:** 64353016.3.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

#### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 007067/2017

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto 1. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB.

2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB.

3. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB. que tem como pesquisador responsável MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES, foi recebido para análise ética no CEP UFCG - Centro de Formação de Professores - Campus de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande em 03/02/2017 às 09:54.

Endereço: Rua Sérgio Manoel de Figueiredo, s/n

Bairro: Caixa Popular

CEP: 58.300-000

UF: PB Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (81)3510-2075

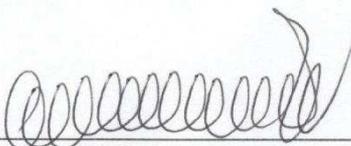
E-mail: cep@cp.ufcg.edu.br

# APÊNDICE H



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: 1. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB. 2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB. 3. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 800			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: MÁRIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES			
6. CPF: 894.761.234-00	7. Endereço (Rua, n.º): RUA: MARIA DAS NEVES LIRA DE CARVALHO D. MERCÊS PESSOA NÚMERO: 29 CUITE PARAIBA 58175000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 82999409899	10. Outro Telefone:	11. Email: memenezes_2@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>15 / 12 / 16</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	13. CNPJ: 05.055.128/0006-80	14. Unidade/Órgão:	
15. Telefone:	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>RAMILTON MARINHO COSTA</u>	CPF: 		
Cargo/Função: <u>PROFESSOR / ORIENTADOR</u>			
Data: <u>15 / 12 / 2016</u>	 Assinatura		
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.		 Ramilton Marinho Costa Diretor do CES Mat. SIAPE 337298	

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

**DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: 1. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB. 2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB. 3. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB.  
Pesquisador Responsável: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES  
Área Temática:  
Versão: 1  
CAAE: 84353016.3.0000.5575  
Submetido em: 19/12/2016  
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
Situação da Versão do Projeto: Aprovado  
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável  
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_842650



**DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA**

	Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
↳ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1					
↳ Projeto Original (PO) - Versão 1					
↳ Documentos do Projeto					
↳ Comprovante de Recepção - Submissã					
↳ Folha de Rosto - Submissão 1					
↳ Informações Básicas do Projeto - Subm					