



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

HEMANUELLY DI PAULA PRÍNCIPE MOURA

**PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM
PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE - CES - *CAMPUS* DE CUITÉ - PB**

**CUITÉ - PB
2017**

HEMANUELLY DI PAULA PRÍNCIPE MOURA

**PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM
PROFESSORES 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^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes.

**CUITÉ - PB
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

M929i Moura, Hemanuelly Di Paula Príncipe.

Prevalência de ortorexia nervosa em professores de universidade federal de Campina Grande - CES - Campus de Cuité - PB. / Hemanuelly Di Paula Príncipe Moura. - Cuité: CES, 2017.

72 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes.

1. Transtornos alimentares. 2. Ortorexia nervosa. 3. Comportamento alimentar. 4. Nutrologia. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.39

HEMANUELLY DI PAULA PRÍNCIPE MOURA

PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES 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^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes.

Aprovado em: 01 de agosto de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes.

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Júlia Beatriz Pereira de Souza

Suplente: Prof^o. Dr. Welligton Sabino Adriano

Prof^o. Dr. Wylly Araújo De Oliveira

Suplente: Prof^o. Dr. Renner de Souza Leite

Dedico esse trabalho ao meu avô Zé Olindo (*in memoriam*) que me ensinou a beleza das palavras mesmo sem saber escreve-las e alegrou a minha infância com sua culinária e moedas de dez centavos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por toda força e sabedoria que me fizeram concluir esse trabalho.

À minha família, em especial a vó Iêda, vó Maria, minha mãe Patrícia, minha madrinha Edna e minha tia Amanda que contribuíram de uma forma ímpar para que eu chegasse até aqui.

Ao meu padrasto Lusmá, por todo apoio e compreensão.

Aos meus amigos, principalmente a Carolina Gomes, Mariana Alencar, Taíza Ferraz, Tainá Ferraz, Emanuela Souza e Ericlebson Lima por entenderem a minha ausência e por acreditar tanto que iria dar certo.

À Lígia e Hélder por serem minha segunda família, me acolhendo e me proporcionando momentos maravilhosos ao lado de pessoas especiais.

À Hígor por todo amor, cuidado, carinho e incentivo.

Aos meus irmãos Lays e Luan, por ficarem felizes com as minhas vitórias e por tantas vezes abdicarem de seus sonhos para que os meus se tornassem realidade.

À Ronisson por sua valiosa contribuição nas análises estatísticas.

À todos os professores do CES por tornarem possível essa pesquisa.

À banca examinadora por enriquecer o meu trabalho, me dando oportunidade de melhorá-lo cada vez mais.

E por último, e não menos importante, a minha orientadora Maria Emília por todo empenho desde o início do estudo, por contribuir positivamente para os resultados dessa pesquisa e principalmente por toda confiança.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades. Lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível (Charles Chaplin).”

RESUMO

A ortorexia nervosa é um comportamento obsessivo-patológico relacionado à fixação por saúde alimentar. Esse quadro clínico ainda não foi oficialmente reconhecido como transtorno alimentar, não estando presente no DSM-V. O termo ortorexia nervosa significa alimentação correta. Os indivíduos com ortorexia nervosa apresentam fixação por alimentos saudáveis e dedicam-se muito tempo para a elaboração e preparação de refeições que consideram puras. 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, sentindo-se mais seguros com alimentação orgânica, ecológica e funcional. A exclusão de tantos alimentos favorece carências nutricionais que, por sua vez, podem contribuir para o surgimento de várias enfermidades associadas à deficiência de vitaminas e sais minerais. O presente estudo teve como objetivo avaliar o comportamento de risco para desenvolvimento de ortorexia nervosa em docentes do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - *Campus* de Cuité – PB. Foi realizada uma pesquisa de campo 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, autopreenchido pelos professores. Os questionários foram numerados, e em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa Microsoft Access versão 2007. 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. 82,4% dos professores obtiveram escore inferior a 40, apresentando assim comportamento de risco para ortorexia nervosa, enquanto 17,5% não apresentaram este comportamento. Não foram encontradas correlações entre a ortorexia e variáveis como sexo e IMC. Foi encontrada correlação entre a ortorexia e a idade, pois foi na faixa etária de 25 a 35 anos que se constatou o maior número de casos. A variável estado civil apresentou significância estatística, no entanto a falta de estudos em comum impossibilitou tornar esses dados comparáveis. O alto percentual de resultados sugestivos para ortorexia nervosa entre os professores, sugerem a necessidade de realização de novos estudos a fim de verificar se a escolha da profissão é um fator determinante. 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

Ortorexia nervosa is an obsessive-pathological behavior related to food-fixation. This clinical picture has not yet been officially recognized as an eating disorder and is not present in DSM-V. The term orthorexia nervosa means correct feeding. Individuals with orthorexia nervosa are fixated by healthy foods and spend a lot of time preparing and preparing meals that they consider to be pure. This exaggerated preoccupation with food causes individuals to exclude from the menu: lactose, gluten, colorings, preservatives, salt, sugar and fat, as they are seen as harmful to health, feeling safer with organic, ecological and functional food. The exclusion of so many foods favors nutritional deficiencies which, in turn, can contribute to the emergence of several diseases associated with the deficiency of vitamins and minerals. The present study aimed to evaluate the risk behavior for the development of orthorexia nervosa in teachers of the Center for Education and Health (CES) of the Federal University of Campina Grande - Campus de Cuité - PB. A quantitative field research of descriptive and transversal character was carried out. The research instrument used to evaluate the risk behavior to develop orthorexia nervosa was the Orto-15 questionnaire, self-administered by the teachers. The questionnaires were numbered, and then transposed to a digital platform using the features of the Microsoft Access 2007 program. After typing, the database was transferred to the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows version 13.0. The statistical analysis of the data. 82.4% of teachers had a score lower than 40, thus presenting a risk behavior for orthorexia nervosa, while 17.5% did not present this behavior. No correlation was found between orthorexia and variables such as gender and BMI. A correlation was found between orthorexia and age, since it was in the age group of 25 to 35 years that the greatest number of cases was found. The variable marital status presented statistical significance, however the lack of joint studies made it impossible to make such data comparable. The high percentage of suggestive results for orthorexia nervosa among teachers suggest the need for new studies to verify if the choice of profession is a determining factor. 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.....	18
Figura 2: Componentes envolvidos com os transtornos alimentares.....	22
Figura 3: Mudanças das secreções endócrinas encontradas na SCN.....	25
Figura 4: Foto da fachada da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité/PB.....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios de diagnóstico propostos para a SCN.....	26
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação de peso pelo IMC.....	17
Tabela 2: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortorético.....	36
Tabela 3: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortorético e a idade.....	38
Tabela 4: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortorético e o sexo.....	39
Tabela 5: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortorético e o estado civil.....	42
Tabela 6: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortorético e o estado nutricional.....	43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

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

AN – Anorexia 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

BN – Bulimia Nervosa

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

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
3.1 OBESIDADE E SUAS COMPLICAÇÕES.....	17
3.2 O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SUAS ALTERAÇÕES.....	20
3.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	21
3.3.1 Anorexia nervosa.....	22
3.3.2 Bulimia nervosa.....	23
3.3.3 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica	24
3.3.4 Síndrome do Comer Noturno.....	24
3.4 ORTOREXIA NERVOSA.....	27
3.4.1 Definição.....	27
3.4.2 Características Gerais.....	27
3.4.3 Diagnóstico.....	30
3.4.4 Grupos de Risco.....	30
3.4.5 Sintomas	31
3.4.6 Conseqüências no Estado Nutricional.....	31
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	34
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	34
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	34
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADO.....	34
4.5.1 Dados Sócio-Demográficos e Clínicos.....	34
4.5.2 Avaliação de Comportamento Alimentar Disfuncional	35
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46

REFERÊNCIAS

ANEXOS e APÊNDICES

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 decorrente 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 causa 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-compulsiva, sendo o indivíduo um "fanático" por hábitos alimentares saudáveis.

A identificação desses transtornos precocemente é o primeiro passo para o tratamento. Terapia, trabalho em equipe multidisciplinar e, 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, docentes do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - *Campus* de Cuité – PB.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência para o comportamento de risco de desenvolvimento de Ortorexia Nervosa (ON) em Docentes (sexo masculino e feminino) do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - *Campus* de Cuité – PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e quantificar a ON em Docentes (sexo masculino e feminino) do Centro de Educação e Saúde (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 sexo;
- Avaliar a associação da ON com o estado civil;
- Contribuir com a validação.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 OBESIDADE E SUAS COMPLICAÇÕES

A obesidade é um dos mais sérios problemas de saúde mundial, considerada como 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 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 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.

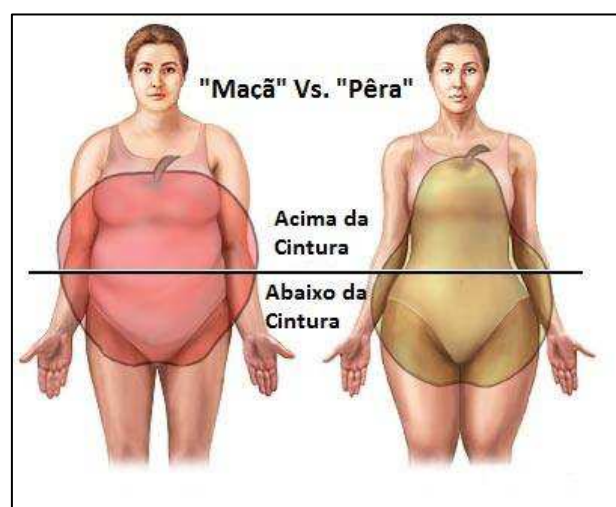
Classificação	IMC (kg/m^2)	Riscos de Comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	$\geq 40,0$	Muito grave

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 ≥ 88 cm para mulheres e ≥ 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 andróide 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 glúteo-femoral, sendo esta, definida como tipo ginóide, subcutânea ou gluteofemoral (tipo pêra), surgindo com maior frequência nas mulheres. Destas duas classificações a que apresenta maiores riscos de desenvolver complicações cardiovasculares e metabólicas é a andróide, 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 artério-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: apnéia 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; Almeida (2006) propõe 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; 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.

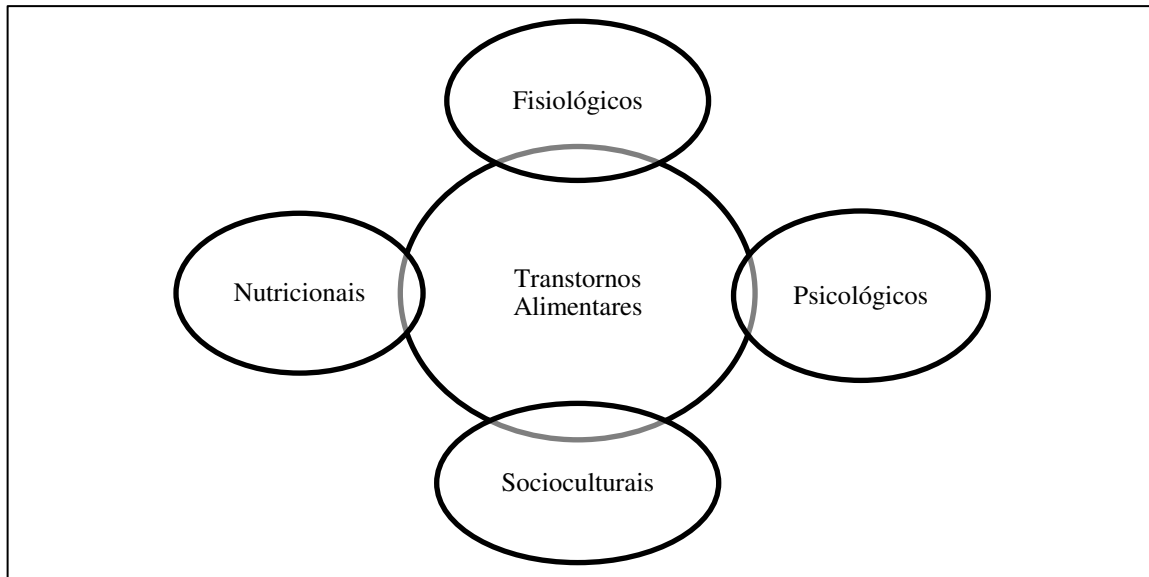
Já na adolescência, observa-se um aspecto agravante e bastante peculiar, que é a tendência a viver o momento, não dando importância às consequências das práticas alimentares que podem ser fatores de risco para doenças crônicas e obesidade na vida adulta (NUNES; GUIMARÃES, 2009).

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 auto-estima, 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 (CLAUDINO; BORGES, 2002; AMORAS et al., 2010).

Figura 2: Componentes envolvidos com os transtornos alimentares.



Fonte: Da autora, 2017.

O diagnóstico de um transtorno alimentar (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, alguns transtornos alimentares não satisfazem os critérios específicos e recebem o diagnóstico de transtorno alimentar “atípico”, entre eles estão o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Síndrome do Comer Noturno (SCN) (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, 2011).

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).

Pode-se 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).

3.3.2 Bulimia Nervosa (BN)

Caracteriza-se a bulimia nervosa 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, 2011).

Os critérios de 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 o que ou 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 (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

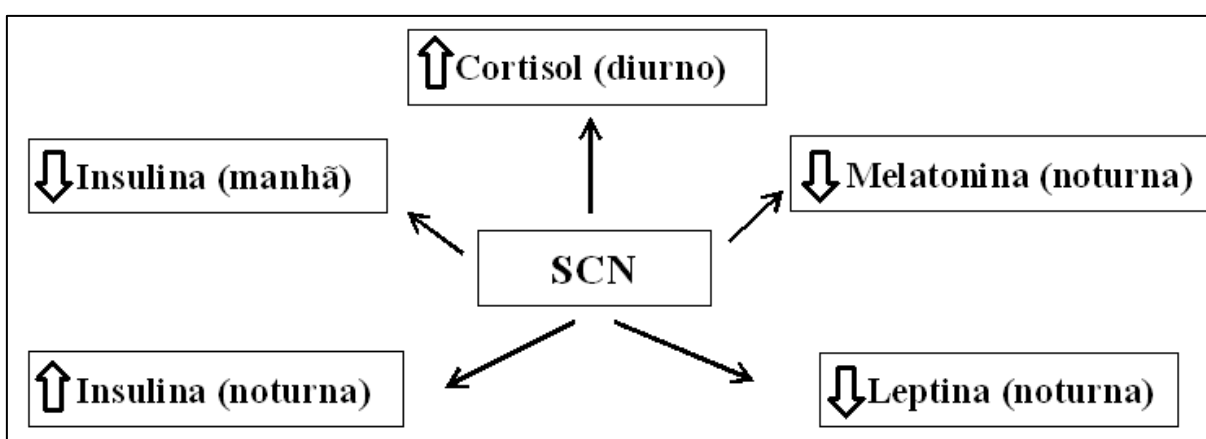
3.3.4 Síndrome do Comer Noturno (SCN)

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, 2017.

Já a insulina e glicose encontram-se em maior concentração a noite, fato que pode ser justificado pela grande ingestão de carboidratos a 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.

Critérios de diagnóstico para a SCN propostos por Allison et al., 2010.
<p>A. Padrão alimentar diário noturno / hiperfagia noturna, manifestado com um ou ambas as seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 . Pelo menos 25% da ingestão de alimentos após a refeição da noite; 2 . Pelo menos dois episódios de alimentação noturna por semana. <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"> 1. Anorexia matutina / omissão do café da manhã quatro ou mais vezes por semana; 2. Presença de um forte desejo de comer entre o jantar e começar a dormir / ou durante a noite; 3. Dificuldade para iniciar/manter o sono ou insônia quatro ou mais noites por semana; 4. Acreditar que deve comer para conseguir dormir; 5. Humor é frequentemente deprimido e / ou humor piora durante a noite; <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, estar 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 à 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, levam ao ganho de peso e que o início da obesidade ocorre mais cedo na vida naqueles 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 tão 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 à 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, evitação 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, 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 maior 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; ÇAMUR; GULER, 2007).

Estudantes da área de saúde e 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

Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Campina Grande com o número de CAAE 64353016.3.0000.5575. Tratou-se de um estudo epidemiológico, com delineamento descritivo, transversal e abordagem quantitativa.

A epidemiologia pode ser compreendida como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações inerentes, no qual é possível fazer a aplicação desses estudos para controlar problemas de saúde. Contribuindo para o acúmulo de conhecimentos com o objetivo de prover um acervo de evidências cada vez mais consistentes (LIMA-COSTA, 2003).

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 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 coleta de dados foi realizada no período entre março e maio de 2017, na Universidade Federal de Campina Grande (Figura 4), *Campus Cuité/PB*. Os professores foram abordados em suas salas e esclarecidos sobre a pesquisa, em seguida foi requerido aos mesmos à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Posteriormente foi solicitando ao docente a permissão para o preenchimento do questionário *ORTO 15*, que tinha tempo médio de 10 a 15 minutos para o preenchimento.

Os dados de idade, peso, altura, sexo e profissão foram autorreferidos pelos doentes. Para mais, foi verificado o estado nutricional dos docentes por meio do IMC calculado a partir do peso e altura descrito por eles e classificado conforme a OMS.

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



FONTE: Própria autora, 2016.

4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população do estudo foi composta por 114 Docentes (sexo feminino e masculino) do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* de Cuité – PB.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão considerados foram: a) ser professor da instituição; b) apresentar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (APÊNDICE A) assinado, e manifestar vontade de participar.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Poderia ser excluído da pesquisa qualquer professor ou professora que se negasse a participar, que não assinasse o TCLE ou que não respondesse as perguntas consideradas obrigatórias do questionário.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

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

- Termo de autorização institucional da Direção do CES (APÊNDICE B);
- Consentimento livre e esclarecido 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 Sócio-Demográficos e Clínicos

Foram coletados por meio da aplicação do questionário, com utilização de instrumento próprio elaborado pelo grupo de pesquisa (ANEXO A), sendo

registrados dados referentes a idade, peso, altura, sexo, estado civil, profissão e IMC.

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 à 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 ANALISE ESTATÍSTICA

Os questionários foram digitados em uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa Microsoft Access versão 2007. Em seguida foram tratados no programa estatístico SPSS versão 13.0. Após essas etapas, foram aplicados testes para dados paramétricos como teste t de student e teste para dados não paramétricos como o teste de qui-quadrado. Para analisar a variável sexo entre o grupo com transtorno foi usado o teste t de student, pois esse é indicado para amostras independentes. Em relação às variáveis, idade, estado civil e IMC, usou-se o teste qui-quadrado, pois, através desse é possível comparar proporções, ou seja, as possíveis discrepâncias entre as frequências observadas e esperadas para certo evento. As diferenças foram consideradas significativas para valores de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O corpo docente do CES é formado por 141 professores, dados referentes ao quantitativo de docentes vinculados a UFCG *Campus* Cuité no biênio 2016-2017, destes, participaram da pesquisa 114, totalizando 80,5% dos docentes. Os 27 professores ausentes da pesquisa estavam afastados da instituição no período em que os questionários foram aplicados. Entre os participantes da pesquisa estão professores do sexo masculino e feminino com idade de 25 a 60 anos.

Cabe considerar que a maior parcela (82,4%) de entrevistados afirmou ter preocupação com a qualidade de vida e o estado de saúde. Outro dado importante que precisa ser ressaltado é a parte tocante ao nível de escolaridades dos indivíduos questionados, pois, por terem grau de estudo elevado, tem pleno acesso a informação e, conseqüentemente, buscam cada vez mais uma alimentação saudável e essa busca incessante pode gerar quadros de ortorexia nervosa.

Dos 114 entrevistados observou-se que 82,4% (n=94) apresentaram comportamento de risco para ortorexia nervosa e 17,5% (n=20) não apresentaram este comportamento. A tabela 2 ilustra este resultado.

Tabela 2: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortoréxico.

Comportamento de risco	n	%
Sim	94	82,4
Não	20	17,5
Total	114	100

Fonte: Própria Autora, 2017.

Um estudo semelhante a esse foi realizado, porém com estudantes apenas do sexo feminino do curso de nutrição da universidade do Vale do Paraíba do Sul/SP, com idade igual ou maior que 18 anos e observou que 88,7% das universitárias apresentavam comportamento de risco para ortorexia nervosa (SOUZA; RODRIGUES, 2014).

Um segundo 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 ortorexia nervosa é um comportamento obsessivo-patológico que até o momento atual foi muito descrito em estudantes de cursos de nutrição, como foi explicitado, isso se deve principalmente as imposições socioculturais que estudantes dessa área são expostos antes mesmo de entrarem em contato direto com a sua profissão.

Estes devem servir de exemplo para uma parte da sociedade, e esses tipos de imposições podem atrapalhar na carreira profissional de um nutricionista, pelo fato de que a maioria das pessoas vai querer um exemplo literal para seguir, e um profissional “fora dos padrões” pode sofrer rejeição por parte de possíveis paciente, fato que pressiona ainda mais para buscar apresentar um corpo que siga os padrões estéticos. Além disso, por conhecerem as propriedades dos alimentos, tendo-os estudados durante toda a graduação, optam por hábitos alimentares saudáveis (PENZ, 2008).

Além desses estudantes, profissionais da área da saúde, adolescentes, pessoas aficionadas pela cultura do corpo perfeito e esportistas da área de fisiculturismo e atletismo fazem parte do grupo de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa (MARTINS, 2011).

Os dados obtidos no presente estudo sugerem a inserção de professores nesse perfil do comportamento ortorético, tendo inclusive uma resultante alta nos dados referentes aos profissionais com a doença, isso se dá principalmente pelo alto nível de escolaridade, o acesso frequente a informações e o bom nível de conhecimento, essas características fazem com que esses professores busquem, de forma errônea e exagerada, consumir apenas alimentos que, para eles, são considerados saudáveis e puros por não passarem por nenhum processo químico ou industrial. Por este estudo foi possível constatar que os professores incluídos no quadro de comportamento de risco, sentem uma certa repulsa por alimentos que estejam fora do que foi idealizado como saudável, sendo assim, observou-se também que os mesmo restringem idas a restaurantes preferem comer em casa, ou em locais que sabem como o alimento é preparado e quão “puro” ele é.

No grupo de professores estudados 46 tinham idade de 25 a 35 anos, 49 com idade de 36 a 45 anos, 17 com idade de 46 a 55 anos e 2 com idade acima de 56 anos. Conforme o resultado ilustrado na tabela 3, o maior percentual para o

comportamento de risco de ortorexia nervosa foi entre 25 a 35 anos, mesmo que essa não tenha sido a idade com o maior número de professores.

Tabela 3: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortoréxico e a idade.

Faixa etária	Comportamento de risco	
	n	%
25-35	42	36,8
36-45	37	32,5
46-55	13	11,4
≥ 56	2	1,8
Total	94	82,4

Fonte: Própria Autora, 2017.

Em um estudo realizado na Itália com uma amostra da população universitária de idade que variou de 18 a 70 anos, constatou que o comportamento de risco para ortorexia nervosa é mais comum em indivíduos com idade menor que 29 anos, quando comparado com os mais velhos (DELL'OSSO, 2016). Tais resultados corroboram com o dessa pesquisa, que evidencia a alta prevalência desse distúrbio alimentar em uma faixa etária inferior a 35 anos.

Para autenticação dos resultados obtidos, levou-se em consideração que a fase em que a maioria das pessoas se preocupa com os hábitos alimentares, condicionantes para uma vida saudável é o adulto jovem. Isso foi perceptível com extrema clareza nas informações disponibilizadas por alguns professores que, por se preocuparem tanto com a qualidade e a procedência dos alimentos consumidos, passaram a cultivá-los na própria casa. Essa informação foi obtida informalmente no momento da aplicação dos questionários, entretanto, estes professores, entre 5 e 7, fizeram questão de destacar que faziam esse tipo de atividade. A confirmação desse cuidado excessivo com a alimentação pode ser constatada nas respostas dadas na entrevista, pois afirmaram dedicar mais de três horas do dia para planejar, comprar e preparar os alimentos que serão consumidos.

Pontes (2012), em seu estudo, divergiu desses resultados ao declarar que indivíduos com idade mais elevada possuem maior risco de se tornarem ortoréxicos. Esse resultado também revalida o presente estudo, visto que, as duas pessoas entrevistadas com idade acima de 56 anos apresentaram comportamento de risco, no entanto não houve significância, pois, o número da amostra foi muito baixo.

Vale ressaltar que esses dois estudos diferem na pontuação escolhida para avaliar o Orto-15. Enquanto Pontes (2012) usou o escore < 40, que é o proposto para pesquisa em grupos populacionais, Dell'osso (2016) usou um escore < 35. Além disso, Pontes (2012) usou o teste Spearman para avaliar a significância da relação idade-ortorexia e Dell'osso (2016) não declarou que teste usou para avaliar a significância quando o parâmetro foi a idade.

Desse modo, percebe-se que a variável da idade requer um aprofundamento maior para se chegar à conclusão do seu grau de influência nos casos de ortorexia nervosa. O fato é que, no presente trabalho, a faixa etária teve grande influência no processo de obtenção dos resultados, tendo $p=0,01$ indicando assim a significância estatística da variável idade, no entanto, em diversos trabalhos de temática semelhante houve divergências enquanto a relação dos resultados com a idade.

No que se refere ao quesito gênero o grupo de professores estudados era composto por 64 mulheres e 50 homens, que foram distribuídos da seguinte maneira quando relacionados com o comportamento de risco; 9 mulheres obtiveram escore entre 20-30 e 46 mulheres escore de 31-40. Em relação aos homens, 4 obtiveram escore de 20-30 e 35 escore de 31-40. A relação do comportamento de risco para ON com o sexo está ilustrada na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortoréxico e o sexo.

Gênero	Comportamento de risco			
	20 – 30	31 – 40	n	%
Feminino	9	46	55	85,9
Masculino	4	35	39	78,0
Total	13	81	94	82,4

Fonte: Própria Autora, 2017.

Segundo Cordás (2004) os transtornos alimentares são patologias que acometem principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino causando prejuízos significativos tanto psicológicos como sociais. Além deste, Bossi e colaboradores (2008) declaram em seu estudo que é evidente a predominância feminina em casos de transtorno compulsivo alimentar e um dado importante na constatação desta ocorrência é que 20 % das mulheres jovens apresentam comportamentos subclínicos precursores, ainda que, não necessariamente, desenvolvam o transtorno.

Estes estudos, mesmo com suas individualidades, se assemelham com o trabalho em questão que reconhece o alto índice de mulheres com comportamento de risco para ON, em que, a maioria relatou a preocupação exagerada com a qualidade do alimento a ser consumido, principalmente pelo anseio se sentirem melhor consigo mesma.

Os padrões socioculturais, econômicos e estéticos são agentes que agem diretamente nas pessoas, pressionando-as a desenvolverem hábitos alimentares que as ajudem a se enquadrar em modelo social idealizado, e são as mulheres jovens os seres mais afetados. As causas desse transtorno são diversificadas, podendo se caracterizar como um problema sócio-sanitário, visto que os fatores causadores podem incluir fatores genéticos, ambientais e comportamentais (OLIVEIRA et al., 2003)

Ainda que não se tenha dados precisos, existem indícios de que a mídia tem influencia no âmbito da alimentação e da imagem corporal, pois dedicam cada vez mais espaço a temas dietéticos, exhibe corpos perfeitos e, em contrapartida a isso, propaga práticas alimentares não saudáveis. A exposição de mulheres jovens com corpos considerados perfeitos apresentados em revistas, cinema e comerciais dificulta, para os telespectadores, julgar a beleza como elemento individual sem se restringir a padrões estéticos impostos pela sociedade (SAIKALI et al., 2004).

Segundo Stice (2002), é possível encontrar evidências que revalidem a hipótese de que a mídia promove distúrbios alimentares e na imagem corporal, uma vez que os estudos provam que atrizes, modelos e outros ícones femininos vêm se tornando mais magras ao longo das décadas. Com isso, as mulheres com pré-disposição a desenvolver distúrbios alimentares, se sentem excessivamente pressionadas pela mídia, e declaram que através desse veículo aprenderam

técnicas alimentares não saudáveis como a indução de vômito, dietas drásticas e exercícios físicos rigorosos.

Mesmo com a alta prevalência de mulheres nesse desvio da conduta alimentar, um dado que é imprescindível a utilização é o grande número de homens que também apresentaram o comportamento de risco.

Um estudo realizado na Turquia com 878 estudantes do curso de medicina, sendo 464 homens e 359 mulheres, mostrou uma diferença estatisticamente significativa na relação sexo-comportamento de risco. Onde os indivíduos que apresentaram o comportamento ortoréxico eram predominantemente homens e mais jovens (FIDAN et al., 2010).

Uma pesquisa científica realizada por Melin e Araujo (2002), declarou que semelhantes às mulheres, homens que desenvolvem transtornos alimentares são aqueles que exercem profissões que exigem uma preocupação demasiada com o peso ou forma corporal, entre eles, bailarinos, modelos, jôqueis, ginastas, nadadores, fisiculturistas, corredores e lutadores de luta livre. No entanto, diferente das mulheres que se preocupam com o peso e com o manequim, os homens, na sua maioria, preocupam-se com a forma física e massa corporal, apresentando um forte anseio de perder a flacidez e ter um corpo forte e musculoso, considerando irrelevantes os números da balança e o tamanho que vestem. Outro fator importante para o desenvolvimento de transtornos alimentares em homens é se prevenir de doenças genéticas, pois ao se deparar com problemas de saúde em familiares o homem tenta se prevenir de alguma forma, muitas vezes seguindo dietas aconselhadas ao familiar doente, podendo assim desenvolver transtornos alimentares, sem ter ciência dos riscos de uma dieta não individualizada.

Quando a variável sexo foi avaliada pelo teste T para amostras independentes, resultou em $p=0,41$ sendo esse resultado maior que o indicado para ser considerado significativo estatisticamente. Com as constatações apresentadas, fica notável a predominância de ocorrências dos transtornos relacionados à alimentação em ambos os sexos, não podendo então desqualificar a presença de homens com o diagnóstico de doenças como a ortorexia nervosa, pois ainda que não se tenha um dado preciso no que diz respeito à estimativa de pessoas do sexo masculino com esse tipo de comportamento obsessivo, a identificação do problema precocemente facilita o tratamento e conseqüentemente reduz o risco de maiores complicações.

Quando o parâmetro avaliado foi o estado civil a distribuição dos professores se deu da seguinte forma: 66 casados, 4 divorciados e 44 solteiros. Esses dados, quando relacionados com o comportamento de risco e a pontuação obtida por eles no Orto-15, resultaram em 6 casados com escore entre 20-30 e 44 escore entre 31-40, já os 4 divorciados obtiveram escore entre 31-40, em relação aos solteiros 7 obtiveram escore entre 20-30 e 33 escore entre 31-40. Esses resultados estão ilustrados na tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortoréxico e o estado civil.

Estado Civil	Comportamento de risco		
	20 – 30	31 – 40	Total
Casados	6	44	50
Divorciados	0	4	4
Solteiros	7	33	40
Total	13	81	94

Fonte: Própria Autora, 2017.

Diversos fatores são preponderantes para determinar a forma como os professores pesquisados se alimentam. Os casados, por exemplo, tendem a ter uma alimentação mais equilibrada, visto que, a maior parte, afirmaram ter influência dos companheiros nos cuidados com a saúde. Os solteiros, por outro lado, afirmaram, em sua maioria, ter menos atenção na hora de comer, e essa menor preocupação com os hábitos alimentares se deve principalmente a rotina, pois grande parte reside em outros municípios, passando apenas parte da semana em Cuité. Em decorrência disso são maiores frequentadores de restaurantes e lanchonetes, locais que dificultam uma alimentação equilibrada. Um outro dado que chamou atenção foi referente aos hábitos alimentares dos professores que tem filhos. Estes afirmaram que após o nascimento dos filhos sentiram uma maior necessidade de atentar para os cuidados com a saúde, não só para dar exemplo para as crianças, mas também por estarem cientes das novas responsabilidades.

Apesar das declarações discordantes feitas pelos professores de estados civis diferentes e dos dados estatísticos obtidos através do teste qui-quadrado

apresentarem significância de $p=0,01$ para os casados, não foram encontrados outros estudos que relacionem o estado civil com o comportamento de risco para ortorexia nervosa. Portanto é necessária a realização de novos estudos com amostras mais representativas, ou seja, em maior escala, para tornar os dados dessa pesquisa comparáveis. A variável estado civil apresentou-se como componente importante na obtenção dos resultados da presente pesquisa, entretanto, a escassez de estudos que incluem esta na variável nas suas análises, impossibilita a comparação.

Ao avaliar o estado nutricional dos professores entrevistados, 2 estavam abaixo do peso, 65 com o peso normal, 38 foram considerados pré-obesos e 9 obesos do tipo I. Nesse estudo não foi encontrado obeso do tipo II, nem obeso III. Quando foram relacionados com o comportamento de risco a distribuição se deu da seguinte maneira; os 2 professores com baixo peso apresentaram comportamento de risco, 58 com peso normal, 29 pré-obeso e 5 obesos do tipo I. Esses resultados estão expressos na tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos docentes do CES segundo o comportamento ortoréxico e o estado nutricional.

Estado Nutricional	Comportamento de risco	
	n	%
Baixo peso	2	1,8%
Peso Normal	58	50,9%
Pré-Obeso	29	25,4%
Obeso I	5	4,4%
Total	94	82,4%

Fonte: Própria Autora, 2017.

Um estudo semelhante a esse, já citado anteriormente, não encontrou relação entre as variáveis do estado nutricional e o comportamento de risco (SOUZA; RODRIGUES, 2013).

Pontes (2012) em seu estudo declarou que diferente da maioria dos transtornos alimentares, a ortorexia nervosa e o IMC não tem uma associação estabelecida.

Esses estudos defendem que indivíduos ortorexicos preocupam-se apenas com a qualidade do alimento a ser ingerido, desenvolvendo assim a obsessão pelo hábito de comer saudável e não necessariamente se preocupam com o peso e o estado nutricional.

Quando os resultados do IMC foram avaliados pelo teste qui-quadrado, a significância consistiu em: indivíduos com baixo peso e obeso I não apresentaram significância, as resultantes foram $p=0,50$ e $p=0,20$ respectivamente. Enquanto indivíduos com peso normal e pré-obeso apresentaram significância em seus resultados sendo eles, $p=0,02$ e $p=0,03$. Com esses resultados obtidos entende-se que houve uma diferença estatisticamente significativa entre o IMC e o comportamento de risco, onde, apesar de o índice para o comportamento ocorrer em todas as classificações de IMC analisados a partir dos questionários aplicados com os professores, apenas aqueles que se apresentaram com o peso normal e com pré-obesidade tiveram significância estatística.

Um estudo analisado reconheceu que o IMC tem influencia para o desenvolvimento de transtornos alimentares inclusive para a ortorexia nervosa, pois nele foi constatado que à medida que o IMC aumenta, a chance de desenvolver o comportamento de risco para ortorexia diminui (FIDAN et al., 2010). Esta prerrogativa não contribui para confiabilidade da pesquisa em questão, pois, não foi encontrada relevância em indivíduos com IMC baixo.

Por se tratar de um quadro obsessivo patológico em que as pessoas sentem a necessidade comer saudável, a ON é de difícil aceitação e diagnóstico, pois as pessoas com esse comportamento excessivo se acham tão saudáveis a ponto de dispensar qualquer ajuda nutricional ou psicológica (MARTINS et al., 2011).

Apesar da ON não possuir tratamento farmacológico, é importante que alguns nutrientes estejam sempre nos níveis adequados para o bom funcionamento do organismo.

Nesse sentido, leva-se em consideração o aspecto farmacológico, pois algumas restrições alimentares significativas podem interferir no bom funcionamento do organismo, sendo necessário suprir essa falta com suplementos. Um exemplo disso é a carência de vitamina B12 que pode provocar anemia e confusão mental (PANIZ et al., 2005).

Segundo Donini e colaboradores (2004), a exclusão de gordura pode complicar a ingestão de vitaminas lipossolúveis e ácidos graxos, causando danos à

saúde, pois esses são componentes fundamentais para o bom funcionamento do organismo.

Para os profissionais da área da saúde esse tema é de difícil compreensão e abordagem, uma vez que esses promovem a prática de hábitos alimentares saudáveis, sendo necessária muita prudência ao tratar de um assunto nitidamente paradoxal (MARTINS et al., 2011).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferente da anorexia e da bulimia, a ortorexia nervosa é um desvio na conduta alimentar ainda pouco estudado. Até o momento estudos populacionais são escassos, os quais, muitas vezes, diferem nos métodos, nem sempre utilizando técnicas apropriadas, dificultando assim um melhor entendimento do tema abordado.

Por meio desse estudo foi possível verificar que a maior parte do grupo de professores entrevistados (82,4%), apresentou comportamento de risco para ortorexia nervosa, compondo assim um novo grupo onde a doença pode se apresentar com veemência, e isso se dá principalmente pelo alto nível de escolaridade dos mesmos.

Quando avaliados de acordo com a idade, observou-se que indivíduos com idade entre 25 a 35 anos são mais propensos a desenvolver o comportamento de risco, apresentando assim uma significância estatística. Esses resultados divergiram de outros estudos que também abordaram a faixa etária como parâmetro, sendo necessário então a realização de novos estudos para se ter uma conclusão unanime sobre a influencia da idade no desenvolvimento do comportamento de risco para ortorexia nervosa.

No que se refere ao quesito gênero, foi possível observar que a ortorexia nervosa não é um comportamento obsessivo associado apenas a mulheres, pois homens também apresentaram uma alta resultante.

O estado civil foi uma variável estatisticamente significativa com $p=0,01$ para os casados, no entanto, a falta de estudos relacionando o estado civil com o comportamento de risco, impossibilitou a realização de uma discussão comparativa. Vale ainda ressaltar que esta variável teve um caráter diferenciado, dada sua exclusividade neste estudo.

A variável IMC apresentou significância estatística apenas para aqueles professores que estavam com peso normal e pré-obesos, dessa forma entende-se que indivíduos que apresentam o comportamento ortoréxico não têm como principal característica ser magro ou comer menos, eles apenas querem comer saudável.

Por tanto, é perceptível que sexo e IMC não são variáveis determinantes para o desenvolvimento do comportamento de risco, enquanto a idade e o estado civil apesar de apresentar significância estatística, faltam estudos em comum que possibilitem desenvolver uma discussão mais densa.

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, mas também nas diversas regiões.

Partindo de uma análise geral para uma mais específica, se configuram mais uma vez diversos obstáculos relacionados à quantidade de estudos, portanto, se faz pertinente o desenvolvimento de novas pesquisas sobre ortorexia nervosa em professores universitários com o intuito de analisar se a opção pela profissão é um fator determinante para o desenvolvimento do comportamento ortoréxico e tornar os dados dessa pesquisa comparáveis.

Diante disso, é importante a realização de pesquisas populacionais, com amostragens maiores e mais representativas, com o propósito de estabelecer a prevalência de ortorexia nervosa em escala populacional de dimensões ampliadas, como por exemplo, um município, partindo de uma escala menor, até em continentes ou a população mundial, em uma escala gigantesca, visto que estes são dados ainda desconhecidos.

REFERÊNCIAS

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>. Acesso em: 17 de agosto de 2016.

ALLISON, K. C.; LUNDGREN, J. D.; O'REARDON, J. P.; GELIEBTER, A.; GLUCK, M. E.; VINAI, P.; ... & ENGEL, S. 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.; MESSIAS, D. C. F.; RIBEIRO, R. P. P.; TURSSI, C. P.; & SERRA, M. C. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. **Revista Odontológica UNESP**, v. 39, n. 4, 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 Clínica**. v. 31, n. 4, p. 170-172. 2004.

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

BERNARDI, F.; HARB, A. B. C.; LEVANDOVSKI, R. M.; & HIDALGO, M. P.
L. Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**, v. 209, n. 31, p. 3. 2009.

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

BOSI, M. L. M.; LUIZ, R. R.; UCHIMURA, K. Y.; OLIVEIRA, F. P. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro**, n. 57, n. 1, p. 28-33. 2008.

BO, S.; ZOCCALI, R.; PONZO, V.; SOLDATI, L.; De CARLI, L.; BENSO, A.; ... & ABBATE-DAGA, G. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations?. **Journal of translational medicine**, v. 12, n. 1, p. 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.; SICCHIERI, J. M. F.; RIBEIRO, R. P. P. P.; MARCHINI, J. S.; & SANROS, J. E. Transtornos alimentares-quadro clínico. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 39, n. 3, p. 340-348. 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.

BRATMAN, S. 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**. v. 23, n. 3, p. :253-262. 2012.

CARVALHO, E. R.; ROCHA, H. A. L. **Estudos Epidemiológicos**. Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Ceará, 2005. Disponível em: <<http://www.epidemiologia.ufc.br/files/05estudosepidemiologicos.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

CARVALHO-FERREIRA, J. P. D.; CIPULLO, M. A. T.; CARANTI, D. A.; MASQUIO, D. C. L.; ANDRADE-SILVA, S. G.; PISANI, L. P.; & DÂMASO, A. R. Interdisciplinary lifestyle therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 34, n. 4, p. 223-233. 2012.

CINTRA, DE; ROPELLE, ER; PAULI, JR. **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.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Belo Horizonte – MG, vol. 12, n. 4, p. 189-201. 2003.

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.

CRISPIM, C. A.; ZALCMAN, I.; DÁTILLO, M.; PADILHA, H. V. G.; TUFIK, S.; & MELLO, M. T. D. Relação entre sono e obesidade: uma revisão da literatura. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v.51, n.7, p. 1041-1049. 2007.

DÂMASO, A. **Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009.

DELL'OSSO, L.; ABELLI, M.; CARPITA, B.; MASSIMETTI, G.; PINI, S.; RIVETTI, L.;... & CARMASSI, C. Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. **Rivista di Psichiatria**, v. 51, n. 5, p. 190-196. 2016.

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

DONINI, L. M.; MARSILI, D.; GRAZIANI, M. P.; IMBRIALE, M.; & CANNELLA, C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. **Eating and weight disorders: EWD**, v. 9, n. 2, p. 151-157. 2004.

DONINI, L. M.; MARSILI, D.; GRAZIANI, M. P.; IMBRIALE, M.; & CANNELLA, C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 10, n. 2, p. e28-e32. 2005.

FIDAN, T.; ERTEKEIN, V.; ISIKAY, S.; & KIRPINAR I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. **Comprehensive psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 49-54. 2010.

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

SEGURA-GARCIA, C.; PAPAIANI, M. C.; CAGLIOTI, F.; PROCOPIO, L.; NISTICÓ, C. G.; BOMBARDIERE, L.; ... & CAPRANICA, L. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. **Eat Weight Disord**, v. 17, n. 4, p. e226-33. 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.; CAUMO, W.; RAUPP, P.; & HIDALGO, M. P. L. Síndrome do comer noturno: aspectos conceituais, epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. **Revista de nutrição= Brazilian journal of nutrition**. Vol. 23, n. 1 (jan.-fev. 2010), p. 127-136. 2010.

HARB, A. B. C.; 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.; MAK, K. K.; PANG, J. S.; FONG, S. S.; HO, R. C.; & GULDAN, G. S. The associations of sociocultural attitudes towards appearance with body dissatisfaction and eating behaviors in Hong Kong adolescents. **Eating behaviors**, v. 14, n. 3, p. 320-324. 2013.

LIMA-COSTA, M. F., & BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201. 2003.

LUNA, C. A.; BELMONTE, T. S. ortorexia nervosa: um desafio para nutrólogo. **Internacional Journal of Nutrology**. V.9; n.1; p.128-139. 2016.

LUNDGREN, J. D.; DRAPEAU, V.; ALLISON, K. C.; GALLANT, A. R.; TREMBLAY, A.; LAMBERT, M. A.; ... & STUNKARD, A. Journal Prevalence and familial patterns of night eating in the Quebec Adipose and Lifestyle Investigation in Youth (QUALITY) Study. **Obesity**, v. 20, n. 8, p. 1598-1603. 2012.

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

MARTINS, M. C. T.; ALVARENGA, M. D. S.; VARGAS, S. V. A.; SATO, K. S. C. D. J.; & SCAGLIUSI, F. B. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. **Revista de nutrição**, v. 24, n. 2, p. 345-357. 2011.

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

MELIN, P.; & ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2002.

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.

OLIVEIRA, F. P. D.; BOSI, M. L. M.; VIGÁRIO, P. D. S.; & VIEIRA, R. D. S. Eating behavior and body image in athletes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 9, n. 6, p. 348-356. 2003.

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.

PANIZ, C.; GROTTTO, D.; SCHMITT, G. C.; VALENTINI, J.; SCHOTT, K. L.; POMBLUM, V. J.; & GARCIA, S. C. Fisiopatologia da deficiência de vitamina B12 e seu diagnóstico laboratorial. **J Bras Patol Med Lab**, v. 41, n. 5, p. 323-34. 2005.

PENZ, L. R., BOSCO, S. M., & VIEIRA, J. M. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. **Scientia Medica**, v. 18, n. 3, p. 124-128. 2008.

PONTES, J. B. Ortorexia em estudantes de nutrição: a hipercorreção incorporada ao habitus profissional?. 2012.

PONTES, J. B.; MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. A. Ortorexia nervosa: adaptação cultural do orto-15. **Demetra**; 9(2); 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.

SAIKALI, C. J.; SOUBHIA, C. S.; SCALFARO, B. M.; & CORDÁS, T. A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 164-166. 2004.

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

SOUZA, Q. J. O. V. D.; & RODRIGUES, A. M. Comportamento de risco para ortorexia nervosa em estudantes de nutrição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 200-204. 2014.

STICE, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. **Psychological bulletin**, v. 128, n. 5, p. 825. 2002.

TERRA, F. S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. 2007. 161 p. Dissertação (Mestrado em concentração biofarmacologica) - Universidade José do Rosário Vellano. Alfenas-MG. 2007.

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.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de Psiquiatria**, v. 31, n. 4, p. 195-198. 2004.

VITOLLO, 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, M. L. C.; BONAECHEA, B. B.; SANCHEZ, F. G.; RIAL, B. R. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?. **Actas espanolas de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 66-68. 2005.

ZIROLDO, D. F.; CERESINI, D. J. C.; SALADO, G. A.; GRAVENA, A. A. F.; FERREIRA, A. A.; & FERNANDES, T. R. L. Prevalência da Síndrome do Comer Noturno em Estudantes do Centro Universitário de Maringá-PR. **Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3. 2011.

ANEXOS

E

APÊNDICES

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) ÷ ALTURA² (M²)= _____**

(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
1. Você fica atento(a) às calorias dos alimentos quando come?				
2. Quando você vai a um mercado de alimentos, se sente confuso(a) a respeito do que deve comprar?				
1. Nos últimos três meses, pensar sobre sua alimentação tem sido uma preocupação?				
4. As suas escolhas alimentares São determinadas pela preocupação com seu estado de saúde?				

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

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

A aluna Hemanuely Di Paula Príncipe Moura do curso de farmácia 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 Docentes (sexo masculino e feminino) do Centro de Educação e Saúde (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 Docentes (sexo masculino e feminino) do Centro de Educação e Saúde (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 desenvolver a 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 for 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 pela pesquisadora (aluna 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.

As pesquisadoras (aluna e a professora) estarão 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^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes
Celular [REDACTED]

Assinatura da Pesquisadora (Aluna de Farmácia)
Hemanuely Di Paula Príncipe Moura
Celular [REDACTED]

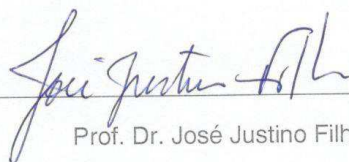
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **José Justino Filho** Vice-diretor do Centro de Educação e 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 Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 06 de dezembro de 2016.



Prof. Dr. José Justino Filho

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Cuité, 01 de dezembro 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 Siape1841279**. 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^a. Dr^a Maria Emília da Silva Menezes
Matrícula SIAPE 1841279

APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Cuité, 01 de dezembro 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 UFCA *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape1841279**. 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 1841279-1

APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DE UNIDADE DE ENFERMAGEM



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^a. Dr^a. 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^o. Dr^o. Matheus Figueiredo Nogueira

APÊNDICE F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA FÍSICA E MATEMÁTICA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA FÍSICA E MATEMÁTICA

Eu, **Fábio Ferreira de Medeiros** coordenador da unidade de Física e Matemática da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento das pesquisas intituladas: – 2. **PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO (FÍSICA E MATEMÁTICA) 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 (Curso de Física e Matemática) e os docentes na referida instituição no período de **março de 2017 a junho de 2018**, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 05 de dezembro de 2016.

Prof^o. Dr^o. Fábio Ferreira de Medeiros

 Prof. Dr. Fábio Ferreira de Medeiros
Mat. SIAPE 1566619

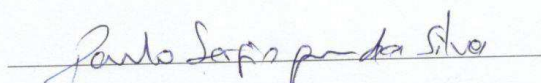
APÊNDICE G - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA BIOLOGIA E QUÍMICA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA BIOLOGIA E QUÍMICA

Eu, **Paulo Sérgio Gomes da Silva** coordenador da unidade de Biologia e Química da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento das pesquisas intituladas: **-2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO (CURSO DE BIOLOGIA E QUÍMICA) 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 (Biologia e Química) e os docentes na referida instituição no período de **março de 2017 a junho de 2018**, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 01 de dezembro de 2016.


Prof^o. Dr^o. Paulo Sérgio Gomes da Silva

APÊNDICE H - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (CURSO DE FARMÁCIA E NUTRIÇÃO)



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

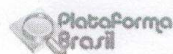
Eu, José Alixandre de Sousa Luis coordenador da Unidade de Saúde (Cursos de Farmácia e Nutrição) da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento das pesquisas intituladas: – **1. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – 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^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 01 de dezembro de 2016.

Prof^º. Dr^º. José Alixandre de Sousa Luis


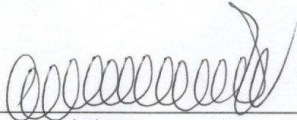

Prof. Dr. José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador Administrativo da UAS
Mat: SIAPE 1629011

APÊNDICE I - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

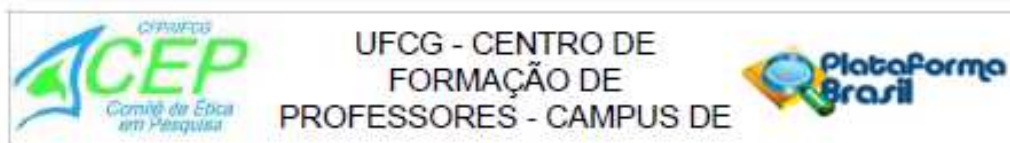


MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

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			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES			
6. CPF: [REDACTED]		7. Endereço (Rua, n.º): [REDACTED]	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: [REDACTED]	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: 15 / 12 / 16		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
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: [REDACTED]	
Cargo/Função: <u>PROFESSOR / ORCATOR</u>			
Data: 15 / 12 / 2016		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		 Ramilton Marinho Costa Diretor do CES Mat. SIAPE 337298	

APÊNDICE J - COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO



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 Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br

APÊNDICE K - APROVAÇÃO DO PROJETO

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web application interface. At the top, there is a navigation bar with the 'Saúde' logo and 'Ministério da Saúde' text. Below this, the 'Plataforma Brasil' logo is visible, along with user navigation options: 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user is identified as 'MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES - Pesquisador | V3.0' with a session expiration of '38min 64'. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and is divided into two sections: 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA' and 'DOCUMENTOS DO 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 CUITÊ - PB. 2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÊ - PB. 3. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÊ - PB.

Pesquisador Responsável: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64353016.3.0000.5575

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

Tree view of documents:

- 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

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------